



Sabato 28 gennaio 2012
Aula Magna delle Nuove Cliniche
Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Procedure invasive: dalla comunicazione medico-paziente al consenso informato

La realtà attuale e lo scenario futuro

A. Gardini

CHE COS'E' CAMBIATO? (E. SHORTER, IL TORMENTATO RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE)

Il rapido progresso delle biotecnologie e della farmacoterapia

La sempre più ampia diffusione del concetto di prevenzione
La maggiore attenzione ai segnali che provengono dall'organismo (sintomi fisici ed emotivi)

La diffusa concezione della salute come forma fisica, look benessere... concezione che la identifica come "merce", che si può comprare e vendere

La vasta disponibilità al pubblico di conoscenze

tecniche
Le leggi sul consenso

informato

La possibilità di inoltrare denunce per "malasanità" ed il

VISITA MEDICA = “SCONTRO RABBIOSO”?

“....troppo spesso i contatti fra medico e paziente si concludono con la rabbia e la frustrazione di entrambe le parti....”

COME MAI?

Richard Smith: BMJ. Editoriale 1981

“Perché i medici sono così infelici?”

ISTITUTO CHANGE, TORINO: 1986-2006

Questionario ai Medici partecipanti ai corsi di counselling
1000 medici

QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI
“DIFFICILI” CHE SI PRESENTANO IN AMBULATORIO?

- 28% Prepotenti, aggressivi, arroganti (pretendono tutto e subito non capiscono che agiamo per il loro bene)
- 25% Saccenti, polemici (pretendono di saperne di più)
- 14% Maleducati
- 12% Non collaborano, non si fidano (non ascoltano, non danno informazioni, non condividono.....)
- 7% Ignoranti (non capiscono o fingono di non capire)
- 5% Troppo acculturati (criticano le decisioni dei professionisti)
- 4% Falsi, non dicono quello che pensano
Chiusi, ostili (non esprimono neanche con la mimica, assumono atteggiamenti di rifiuto)
Ipocondriaci, ansiosi (fanno troppe domande, non ascoltano le risposte)
- 2% Negano le difficoltà; hanno pretese eccessive, non capiscono quello che facciamo, non si coinvolgono

CON I PAZIENTI IN GENERE RISULTA COMUNQUE
DIFFICILE:

35% FARSI ASCOLTARE SENZA ESSERE INTERROTTI

22% DARE INDICAZIONI DI COMPORTAMENTO,
COSTRUIRE ALLEANZE
FARE ACCETTARE IL PROGETTO TERAPEUTICO
FARE ACCETTARE LE REGOLE

18% DARE CATTIVE NOTIZIE

15% OTTENERE COLLABORAZIONE

C'E' UN "EPIDEMIA DI NON COMPLIANCE"?

A VOLTE IL MEDICO CHIEDE AL PAZIENTE
CAMBIAMENTI DI COMPORTAMENTI SGRADUVOLI
E IMPEGNATIVI NEI QUALI NON VEDE
VANTAGGI IMMEDIATI

...l'estensione e l'importanza delle restrizioni della libertà
e della perdita di controllo che un paziente tipico deve subire
ha ben pochi parallelismi nell'intera esperienza umana....

Christiensen

DOVE SBAGLIAMO?

MODALITA' DI BARRIERA NELLA COMUNICAZIONE

Ingiungere, predicare (bisogna che....dovete....dovreste)

Minacciare, ammonire, profetizzare eventi negativi (“altrimenti succederà che.....”)

Fare appello alla ragionevolezza “dovreste capire che..sappiate che

Sostituirsi (provate a fare.....perché non fate....)

Esprimere esplicitamente o implicitamente giudizi (Non è bene, Non bisogna essere.....questo è un comportamento inaccettabile

Interpretare (vi siete.....voi fate così perché....)

Investigare (Siete proprio sicuri che...Ma non avete detto che...

Argomentare (Quando lei dice sugli effetti di questo farmaco non trova riscontro nella migliore evidenza scientifica....

Minimizzare (daaaai su mo....insomma, non è difficile....)

LA COSTRUZIONE DELL'INTERVENTO DEL MEDICO

Gli atteggiamenti precedenti sono utilizzati da tutti noi spontaneamente quando siamo di fronte a soggetti che appaiono irragionevoli

Nel rapporto medico-paziente la spontaneità non rappresenta
In termini comunicativi un elemento positivo

Ogni intervento non solo non può essere solo spontaneo, ma può essere costruito e mirato con accuratezza sulla base dell'incontro fra bisogni presentati dal paziente e possibilità realistiche di soluzioni che il medico sa cogliere nella interazione, come obiettivi mirati di salute che siano accettabili, comprensibili, condivisibili e concretamente accettabili dal paziente stesso

LA REATTANZA PSICOLOGICA

Tende a ripristinare o a difendere la libertà eliminata o minacciata, se il comportamento libero in questione era in precedenza percepito più o meno alla pari rispetto ad altre libertà, nel momento in cui viene eliminato, tale comportamento viene avvertito come prioritario, fondamentale, insostituibile

“Il fatto che le difficoltà rendano un oggetto o una persona Più desiderabile pè noto fin dai tempi di Romeo e Giulietta E viene constatato ogni giorno da molti genitori di bambini ed adolescenti.....fascie di età in cui la reattanza psicologica è particolarmente elevata” (G. Bert, 2006)

Ciò che scatena la reattanza psicologica è la percezione del soggetto di perdere il controllo nei confronti di aspetti acquisiti e rilevanti della propria esistenza

Uno dei sintomi è la “helplessness” in cui la persona tende a assumere comportamenti negativi, ai limiti della depressione ...”tanto non c’è nulla da fare....se devo morire tanto vale che continui a fare quello che ho sempre fatto.....etc....

DALLA REATTANZA ALLA DISPONIBILITA'

Cambiare il proprio comportamento implica un aumento della capacità di decidere per la propria vita.....il primo passo in questa direzione è la valutazione da parte del medico della disponibilità del paziente a cambiare....essa varia di paziente in paziente....ma si sviluppa in 5 stadi...

1. PRECONTEMPLAZIONE (non si pensa di cambiare)
2. CONTEMPLAZIONE (si contempla la possibilità di cambiare)
3. DETERMINAZIONE (ci si prepara a cambiare)
4. AZIONE (si cambia)
5. MANTENIMENTO (si mantiene il cambiamento)

Prochaska, 1998)

“...per ridurre al massimo la reattanza psicologica è quindi opportuno che il medico si collochi, in termini comunicativi il più vicino possibile alla fase di disponibilità a cambiare del paziente, tenendo conto che la percentuale di pazienti disposti ad agire per il cambiamento, collocati cioè nella fase del fare, non supera, secondo la maggior parte degli studiosi, il 20%....

DALLA DISPONIBILITA' ALL'ADESIONE

In virtù dei cambiamenti avvenuti nella società succede che ci si trovi a dover modificare il nostro atteggiamento nei confronti del cambiamento da parte del paziente.....

Dalla COMPLIANCE (DISPONIBILITA', che implicava Sottomissione e obbedienza)

All'ADHERENCE (ADESIONE, che implica la libera scelta da parte del paziente in un contesto di partnership, in cui ciascuno porta le proprie competenze ed il processo di cura diventa una crescita evolutiva di entrambi, senza esclusioni a priori e senza clima di sopraffazione reciproca e contesa)

STRUMENTI

COUNSELLING

MEDICINA NARRATIVA

EDUCAZIONE TERAPEUTICA

Dal tentativo di convincere al rendere possibile

NON E' UTILE.

Aggiungere o ripetere informazioni

Aggiungere consigli, indicazioni di comportamento, rimproveri

Sottolineare o criticare i comportamenti che non condividiamo

Minimizzare o sottovalutare le difficoltà

E' UTILE

Chiedere al paziente quali informazioni ha già raccolto o ricevuto

Chiedere al paziente che cosa ha già provato a fare

Valorizzare qualsiasi (anche minimo) aspetto positivo delle scelte e dei comportamenti del paziente

Chiedere al paziente che cosa trova più difficile fare, cosa ostacola i suoi tentativi, cosa teme

GRAZIE A GIORGIO BERT ED A SILVANA QUADRINO
DELL'ISTITUTO CHANGE DI TORINO PER LA
LORO STORIA CULTURALE E LA LORO AMICIZIA

SENZA DI LORO QUESTE COSE SAREBBERO MOLTO
PIU' OSCURE OGGI IN ITALIA...