

Nuove competenze mediche nella Sanità che cambia l'arte della comunicazione: aspetti bioetici.

R. Sinno

Il clima culturale, e le attese di salute, rispetto alle decisioni dei professionisti è radicalmente mutato nel corso degli anni. Nella coscienza collettiva – a prescindere dalle emergenti implicazioni medico-legali - è da qualche tempo abbandonato il “ modello paternalistico “ che prevedeva una delega piena all'autorità al medico poiché esponente di “coloro che sanno”, e si è rafforzata una concezione legata al principio bioetico dell'autonomia con l'obiettivo di ottenere percorsi diagnostici e terapeutici rispondenti ai principi di necessità e appropriatezza. Negli ambienti assistenziali, luoghi in cui forse è più stridente il contrasto tra la crescente sofisticazione tecnologica, e la frequente incapacità di considerare adeguatamente la dimensione umana e relazionale della “cura”, sia a livello nazionale, sia internazionale, è stata conferita particolare enfasi ai temi dell'umanizzazione e del rispetto della dignità della persona. In questo sforzo di sostenere una piena umanizzazione del rapporto medico-paziente, il **Consenso Informato** all'interno del setting assistenziale, evidenzia un momento qualificante e delicato dell'evento relazionale, proponendosi come uno strumento che contribuisce all'istaurarsi di una “*alleanza terapeutica*”. Questo rapporto fa in modo che la persona che richiede aiuto è in grado di condividere attivamente con il curante il suo percorso di Salute. Un concetto ripreso dal modello anglosassone dell'*empowerment*, ovvero un processo di crescita e consapevolezza della persona umana che si riappropria delle sue scelte d'assistenza, co-adiuvato da un professionista con il quale è chiamato a condividere un percorso terapeutico. Per realizzare quest'obiettivo è fondamentale enfatizzare il momento comunicativo - informativo e gli aspetti relazionali del setting clinico. Per superare l'asimmetria di ruolo nella relazione medico-paziente, tipica del passato, è indispensabile recuperare una relazione più matura, sostenendo le possibilità espressive e decisionali dell'individuo che sono definite con il termine anglosassone di *faculty*. In buona sostanza, il cittadino ha il diritto di decidere in piena autonomia, dopo un'accurata informazione e condivisione del percorso proposto. È tempo di oltrepassare un'informazione monodirezionale, ma è necessario costruire un dialogo bidirezionale, pronto ad accettare e rielaborare gli aspetti critici non escludendo i black out comunicativi. La domanda spesso comune riguardo alle capacità relazionali dell'operatore, ossia se tutto può essere fondato sulle capacità personali, piuttosto su una formazione tecnica della comunicazione, è ormai fuori luogo e del tutto superata. La comunicazione stessa è il fondamento di ogni relazione umana, anzi la sottende in quanto tale. Gli operatori sanitari sono chiamati a implementare le loro capacità comunicative non tanto per sovra comporre delle tecniche in nuovi sistemi, piuttosto con umiltà avviarsi alla conoscenza comunicativa, del sé verso gli altri, come insegna il filosofo francese Paul Ricouer.¹

Negli ultimi decenni, per un migliore inquadramento e una maggiore cognizione dell'atto comunicativo sono stati elaborati molteplici schemi concettuali, definiti “modelli di comunicazione”. Sviluppatisi in differenti scuole di pensiero, ogni schema riproduce un particolare livello cognitivo, approfondisce alcuni aspetti della comunicazione e ne trascura altri. Generalmente si possono riassumere alcuni elementi comuni “essenziale”: una fonte, il ricevente, un canale, il messaggio e l'effetto. Nel caso della comunicazione sanitaria l'operatore si propone come sorgente del messaggio che dovrebbe essere trasmesso con linguaggio comprensibile e non didascalico oppure accademico. Potrebbe giovare la conoscenza di qualche strumento di base del counseling, adoperata in genere per motivare un cambiamento o per rafforzare la compliance – nel setting clinico - a una specifica terapia.

Applicare tale schema significa procedere per gradi (step by step):

- ✓ Somministrare informazioni una alla volta, e che siano essenziali, importanti, mirate, vere, provate, chiare, prioritarie, rilevandone l'importanza;

¹ Paul Ricouer, *Discorso e comunicazione*. cit. in Elena Bugaite, *Linguaggio e azione nelle opere di Paul Ricouer dal 1961 al 1975*, Ed. Pontificia Univ. Gregoriana, Roma 2002.

- ✓ Impiegare parole semplici e frasi brevi evitando il linguaggio scientifico oppure “tradurlo”;
- ✓ Enfatizzare e ripetere le informazioni chiave;
- ✓ Adoperarsi perché le prescrizioni siano comprensibili, accettabili, specifiche, dettagliate, concrete, condivise;
- ✓ Distribuire materiale che riporti le informazioni utili;
- ✓ Incoraggiare il paziente a fare domande o a riepilogare quanto detto dal professionista con sue parole;
- ✓ Reiterare i messaggi più importanti e se necessario scriverli;
- ✓ Non fornire ulteriori dati fino a quando non si sia verificata la comprensione di quelli precedenti;
- ✓ Impiegare frasi simili a quelle usate dal paziente nella descrizione del problema;
- ✓ Adoperare la comunicazione verbale e non verbale in maniera efficace e consapevole.

In definitiva, la costruzione di una procedura dedicata alla corretta comunicazione della cura può rappresentare un’incredibile opportunità per i servizi sanitari, tale da migliorare le proprie capacità e competenze, nel convincimento che l’umanizzazione della relazione medico-persona renda i cittadini-utenti abili e capaci nel compiere scelte consapevoli di salute. L’introduzione della Medicina Narrativa, come sistema in ambito sanitario, e i suoi successi operativi,² dimostrano che comunicare non solo è doveroso ed eticamente lecito, piuttosto rappresenta un recupero della dignità di tutti i soggetti coinvolti nella relazione.

² Raffaele Sinno, *La Medicina Narrativa: una rivoluzione copernicana*, Quererere Deum, 11, Benevento 2015. (in corso di pubblicazione).