

Il Potere delle Parole: potenziare la Comunicazione Medico-Paziente. **Barbieri E, Elgorni Basevi P, Salemme S.**

Comunicare cattive notizie è una delle attività che un medico pratica più frequentemente durante la sua attività. Una cattiva notizia viene generalmente definita come quell'informazione che "risulta in un deficit cognitivo, comportamentale ed emotivo" che può persistere per un periodo di tempo variabile nella persona che la riceve (1).

I racconti dei pazienti riguardo la loro storia di malattia sono "piene" di conversazioni con i medici, andate male. Il ricordo vivido dei pazienti dell'ambiente, dell'uso delle parole, della connessione emotiva con il medico sottolinea l'importanza delle modalità secondo cui un colloquio medico-paziente viene condotto e suggerisce come quel colloquio possa marcatamente influenzare il successivo adattamento alla malattia e la compliance alle cure.

Numerosi studi documentano come la comunicazione medico-paziente non sia ottimale. In uno studio in pazienti che hanno ricevuto una diagnosi che li pone a rischio di vita, oltre il 50% prova shock, il 46% paura, il 24% tristezza, mentre solo il 15% risulta non preoccupato (2).

L'utilizzo di un linguaggio estremamente tecnico è causa frequente di confusione nei pazienti, un ulteriore motivo di distress ed è la più grande fonte di incomprensioni.

E' stato riportato come il 73% di donne con neoplasia mammaria non abbia compreso la definizione di "sopravvivenza mediana", quando questa veniva utilizzata dal medico curante (3). Inoltre, in due ulteriori studi, le capacità del medico di comunicare cattive notizie correlavano, nel primo studio, in maniera statisticamente significativa con l'adattamento alla storia di malattia allo stesso modo in cui vi correlavano problemi psichiatrici e copatologie causanti stress, nel secondo, con un inferiore sviluppo di ansia e depressione rispetto a pazienti per i quali la comunicazione non era risultata soddisfacente (4,5).

Deficit nella comunicazione causano ulteriore distress non solo nei pazienti, ma anche nei familiari. E' stato riportato come la causa principale di richieste di risarcimento in ambito sanitario risulti correlata principalmente a problemi di comunicazione (6,7).

Una buona comunicazione medico paziente incide anche sui medici. Molti medici provano essi stessi intense reazioni emozionali nel comunicare una cattiva notizia ad un paziente. Studi più dettagliati hanno mostrato come lo stress legato a tale comunicazione possa persistere nel medico anche per i giorni successivi, arrivando persino ad interferire con le capacità di rilevare adeguatamente i bisogni del paziente e favorendo lo sviluppo di burn-out (8).

Riassumendo: da una parte le necessità del medico sono quelle di ridurre lo stress in modo da potenziare la propria efficienza lavorativa e rendere l'esperienza di una valutazione medica più sopportabile per il paziente. Dall'altra, le necessità dei pazienti sono di: conoscere e capire e di sentirsi riconosciuti e capiti (9,10). Tutto ciò rimarca l'importanza di trovare la connessione e rispondere contemporaneamente alle esigenze cognitive ed emotive dei pazienti stessi.

Noi riportiamo due modelli di comunicazione che, se combinati, possono soddisfare queste esigenze. Le tecniche dello SPIKES propongono sei fasi per comunicare cattive notizie: preparare l'incontro (setting up), valutare le percezioni del paziente (perceptions), richiedere le modalità con cui il paziente vuole essere informato (invitation), fornire le informazioni (knowledge), valutare le emozioni con l'empatia (exploring emotions), pianificare e riassumere la strategia futura (summarizing) (11). Sebbene la E riguardi l'empatia, associare un modello specifico per l'empatia, NURSE [identifica l'emozione (name), dimostra comprensione (understand), mostra rispetto (respect) e supporto (support), e esplora ulteriormente l'emotività (explore emotions)], può essere di ulteriore aiuto per integrare la dimostrazione di empatia al fornire informazioni al paziente (12).

Se un medico usasse soltanto SPIKES, l'empatia risulterebbe spesso mis-conosciuta (sottovalutata), nonostante essa sia percepita come una delle valutazioni più importanti. Utilizzando solo NURSE, invece, il medico si focalizzerebbe troppo sull'empatia, riducendo l'apprezzamento che deriva dal combinare l'empatia con il fornire informazioni (13).

Nonostante una revisione Cochrane concluda che vi è poca evidenza che il training in comunicazione migliori l'outcome dei pazienti in oncologia, un più recente trial randomizzato nello stesso setting riporta che essa si associa ad un effetto positivo sulla depressione dei pazienti (14,15).

Inoltre, la letteratura conferma chiaramente che l'utilizzo di tecniche di comunicazione incrementi dopo lezioni specifiche (16).

In conclusione, una buona comunicazione medico-paziente si associa a minor ansia e tensione e maggior soddisfazione dei pazienti, ma anche a minor rischio di burn-out per i medici. L'integrazione delle tecniche SPIKES e NURSE sembra essere l'associazione che più risponde alla doppia esigenza dei pazienti quando si confrontano con storie di malattia potenzialmente invalidanti o letali. L'insegnamento di tecniche di comunicazione dovrebbe rientrare nel training almeno dei medici in formazione specialistica perché si associano minor burn-out e stress degli operatori. Tuttavia sebbene esistano numerose evidenze indirette

sull'efficacia, ulteriori studi sono necessari per documentare chiaramente che l'utilizzo di tali tecniche influisca in maniera significativa sugli outcomes dei pazienti.

1. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking news: a review of the literature. *JAMA*. 1996.
2. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MH. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer*. 1996.
3. Lobb EA, Butow PN, Kenny DT, Tattersall MH. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust*. 1999.
4. Graham J, Potts HW, Ramirez AJ. Stress and burnout in doctors. *Lancet*. 2002.
5. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians.
6. Pincock S. Poor communication lies at heart of NHS complaints, says ombudsman. *BMJ*. 2004.
7. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, et al. Physicians scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA*. 2007.
8. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing Physician-Patient Communication. *Hematology*. 2002. (2)
9. Bensing J, Schreurs K, Rijk AD. The role of the general practitioner's affective behavior in medical encounters. *Psycho Health*. 1996.
10. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Psychother Psychosom*. 1992.
11. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES: A six-step protocol for delivering bad news – Application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000.
12. Schimid Mast M, Klindlimann A, Langewitz W. recipients' perspective on breaking bad newsH How you put it really makes a difference. *Patient Educ Couns*. 2005.
13. van Vliet LM. Current state of the art and science of patient-clinician communication in progressive disease: patients' need to know and need to feel known. *JCO*. 2014.
14. Moore P, Riviera Mercado S, Grez Artigues M, et al. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013.
15. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *JCO*. 2013.
16. Curtis JR, Back AL, Ford DW, et al. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized controlled trial. 2013.