

Kalamazoo Consensus Statement. Modello per la comunicazione in ambulatorio.

Nel maggio 1999, 21 rappresentanti della Medicina americana e canadese, hanno stilato un "set" di elementi essenziali nella comunicazione fra medico e paziente, con l'obiettivo di fornire uno schema standard minimo per il medico e avere un riferimento per valutare le proprie abilità di comunicazione.

Il gruppo ha evidenziato 7 elementi essenziali della comunicazione:

1. Costruzione della relazione paziente-medico
2. Motivo della visita e apertura del colloquio
3. Raccolta di ulteriori informazioni
4. Comprensione del punto di vista del paziente
5. Condivisione delle informazioni
6. Raggiungere un accordo sui problemi e il progetto di cura
7. Chiusura del colloquio

Nella fase 1 ci si presenta. Presentarsi non è così scontato: quando mi presento i pazienti sono favorevolmente colpiti e hanno piacere di presentarsi a loro volta. Chiamare il paziente per nome lo fa sentire accolto e importante. Anche la nostra posizione rispetto alla scrivania è importante nel far sentire il paziente più accolto e tranquillo: mettersi all'angolo della scrivania in posizione speculare rispetto al paziente è considerato consigliabile rispetto che dalla parte opposta, dove ci rechiamo magari per scrivere al computer.

Durante la raccolta anamnestica (2) è più utile lasciar parlare il paziente direi quasi a ruota libera, perché non interrompere significa accogliere, ascoltare. Il paziente spesso dice anche altre cose non richieste ma che sono utili alla comprensione del problema e del suo vissuto. Interrompere il paziente in questa fase significa fargli capire che non lo ascoltiamo.

In questa fase guardare il paziente negli occhi, mantenere il contatto visivo, porsi in una posizione del corpo di ascolto e corrispondenza simmetrica con il paziente è un elemento fondamentale dell'ascolto attivo.

Nella fase 3 continua la raccolta delle informazioni, anche domandando direttamente se c'è qualcos'altro di importante da comunicare, perché spesso il paziente tralascia di dire per vari motivi (timidezza, dimenticanza, vergogna,) cose importanti ai fini della comprensione della persona che si ha di fronte e del suo problema.

Nella fase 4 arriva secondo me quella che è la fase originale, diversa di questo schema: la comprensione del punto di vista del paziente: si tratta di capire le sue problematiche rispetto all'ambiente in cui vive, alla sua famiglia, alle sue esigenze professionali e di vita, alla sua condizione economica, e soprattutto di capire come lui vive la sua malattia: se quel dolore al polso gli impedisce di fare quel determinato tipo di attività che lo mette in relazione con gli amici per lui è un grosso problema, oppure se gli impedisce di lavorare lo è altrettanto. Ci sono persone invece che risolvono il problema semplicemente smettendo di fare quel tipo di attività. I pazienti sono tutti diversi e tutti vivono situazioni relazionali diverse. Si passa dal concetto di "Disease model" a quello di "Illness model", cioè dalla malattia inquadrata scientificamente a quell'insieme di malessere e problematiche che colpiscono chi ne è affetto. Si tratta di capire se il paziente accetta la sua malattia, se ne è pienamente consapevole e come la vive complessivamente, comprendere il suo vissuto emotivo, sociale, le sue credenze, i suoi valori.

Nella fase 5 arriva la condivisione dell'informazione: dobbiamo assicurarci che il paziente abbia capito qual è il suo problema, usando parole adeguate al suo livello culturale e al suo stato d'animo. Occorre cercare un feedback dal paziente.

Al punto 6 si raggiunge insieme un accordo sul problema e sul piano d'azione: questo passaggio è fondamentale perché ci sia aderenza alla terapia; il paziente deve uscire convinto che il piano di azione terapeutico concordato con il medico sia il "suo" piano di azione.

Infine il punto 7, la chiusura del colloquio, deve essere improntato alla positività e al sorriso.

Ovviamente tutto questo richiede un po' di tempo.

La mia scelta infatti è quella di dedicare del tempo alla visita medica: può sembrare banale, ma la visita deve essere "slow", altrimenti non si raggiungono gli obiettivi della comunicazione e quindi della cura.

(Essential Elements of Communication in Medical Encounters. The Kalamazoo Consensus Statement.

Makoul, Gregory PhD , Academic Medicine: April 2001, vol.76, Issue 4 Pag.390_393).