

Comunicare con **il cuore**



Guida
per **un'efficace**
comunicazione tra medico e paziente



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.



Fondazione
Anna Maria Sechi
per il cuore

Un buon medico deve essere anche un buon

comunicatore. Questa affermazione si dimostra sempre più vera e anzi, nel tempo, aumentano le competenze richieste: a fronte di un più semplice e immediato accesso alle informazioni, diventa infatti determinante l'autorevolezza della fonte. Ogni persona costruisce un sistema di comunicazione che ritiene più o meno efficace, sulla base di vissuto, carattere, competenze, esperienze ed ambiente. Questo vale anche per i medici che apprendono "strada facendo" come comunicare la malattia. Esistono però vere e proprie regole che possono essere imparate ed applicate per rendere meno empirico questo processo.

La cardiologia è un ambito che, per la sua dimensione, richiede una particolare e specifica attenzione alla comunicazione, soprattutto per quanto riguarda la prevenzione: le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel nostro Paese e sono responsabili di oltre 4 decessi su 10.

Ecco perché un'ampia sezione di questo opuscolo è dedicata alla **comunicazione mediatica**,

la più efficace arma per diffondere la cultura di corretti stili di vita e di attenzione alla propria salute.

Nello specifico, si affronteranno però anche alcune situazioni tipiche nella comunicazione con il **paziente** e i **familiari** e nel rapporto fra **collegli**.





Il rapporto fra medico e paziente

Dagli studi (scarsi) esistenti sull'importanza della comunicazione nella relazione medico-paziente emergono con forza alcune richieste dei malati:

- | |
|--|
| • ricevere informazioni chiare e comprensibili sulla malattia e le terapie |
| • essere ascoltati |
| • ricoprire un ruolo attivo nelle scelte terapeutiche |
| • sentirsi dire la verità |
| • sentirsi accolti e compresi come persone e non come "malati" |

L'informazione

Assicurare una **completa e chiara informazione al paziente** è il primo e fondamentale obiettivo che il medico deve porsi nella sua professione. Imparare a conoscere ed accettare la malattia, quali sono le possibilità terapeutiche, quali effetti collaterali aspettarsi, ecc. aiuta il malato ad affrontare ed accogliere con più serenità la sua situa-

zione. Ma non solo: gli permette di sentirsi parte attiva delle decisioni terapeutiche ed aumenta la sua fiducia verso le competenze professionali del medico.

Buona parte della visita dovrebbe essere dedicata ad affrontare lo stato di avanzamento della malattia e gli obiettivi della terapia, spiegandoli al paziente con termini per lui comprensibili.

Il supporto psicologico

Oltre a informazioni di tipo strettamente tecnico, nella visita il medico deve fornire anche un **supporto psicologico**. I malati hanno bisogno di sentirsi compresi, accolti come persone, di capire che lo specialista tiene al loro benessere e alla loro qualità di vita.

Alcuni semplici accorgimenti per dimostrare questa attenzione al paziente sono:

- incoraggiarlo a fare domande
- ripetere l'ultimo concetto che ha espresso, ponendo l'enfasi su alcune parole chiave
- lasciare che sfoghi le sue preoccupazioni



Esistono determinati argomenti “sensibili” che presentano importanti risvolti sulla qualità di vita (problemi sessuali, disagio per il proprio aspetto, vergogna, senso di dipendenza). Su questi temi in generale i pazienti si confrontano con i familiari ma il supporto dell'esperto potrebbe portare grande beneficio. Dovrebbe quindi essere il medico a cercare di **colgiere i segnali di una possibile difficoltà** e a **porre le domande giuste**, in maniera garbata per aiutare il paziente a far emergere il problema. Anche se il malato sente il bisogno di parlare è infatti poco probabile che lo faccia se non viene invitato a farlo. Soprattutto i pazienti ansiosi o depressi tendono meno di tutti ad esprimere preoccupazione per il futuro e per la perdita di indipendenza.

Una tecnica utile per rapportarsi con il paziente è quella del **chiedi-dici-chiedi**. Ad ogni affermazione segue una domanda e viceversa, così da verificare che le informazioni trasmesse dal medico siano utili al paziente.

L'empatia

Esprimere i propri sentimenti e ansie è liberatorio per il paziente. Ma anche il medico non deve **temere di mostrare le proprie emozioni**: se il malato percepisce un atteggiamento empatico è più portato ad aprirsi.

L'empatia può essere espressa in maniera efficace anche attraverso serie di

Atteggiamenti non verbali:
• porsi direttamente di fronte al paziente per indicare sincerità e interesse alla sua storia
• adottare una postura aperta per segnalare disponibilità
• protendersi verso il malato, per indicare vicinanza e accoglienza
• mantenere un costante contatto visivo per dimostrare attenzione
• mantenere una postura rilassata per indurre anche il paziente a essere meno ansioso
• annuire spesso, e manifestare altri cenni di attenzione (con le palpebre o con il sollevamento delle sopracciglia)
Manifestazioni verbali:
• chiamare il paziente per nome
• definire le emozioni/stati d'animo
• comprendere ed esplorare l'emozione
• esprimere stima
• sostenere e incoraggiare il paziente

Alimentare la speranza

Un'altra importante regola della comunicazione fra medico e malato è quella di **saper dosare con precisione speranza e realismo**, sen-

za promuovere inutili aspettative ma evitando di essere troppo crudi e/o negativi.

È fondamentale capire quali sono le attese del malato e se vuole o meno sentirsi dire l'intera verità.

È importante alimentare le speranze del paziente, una volta che ci sia accordati sul significato di questa parola. In medicina si parla di “**spettro della speranza**” per indicare l'insieme di aspettative che il paziente manifesta, al di là della guarigione: vivere più a lungo (assistere al matrimonio della figlia, alla laurea del nipote, ecc), trovare un significato alla vita, poter trascorre più tempo con le persone amate, poter continuare a svolgere le attività che svolgeva prima, avere una morte serena, ecc. La maggior parte delle speranze dei pazienti sono di tipo personale e sociale, legate ai valori di riferimento: famiglia, amici, senso di sé, spiritualità, preoccupazioni di tipo pratico (finanziarie e testamentarie).

Attraverso l'attenzione e l'ascolto il medico potrà aiutare il paziente a far emergere le aspettative individuali e a **individuare obiettivi raggiungibili della terapia**, che possano segnare traguardi positivi nella lotta alla malattia.



Consigli per favorire la comunicazione

1. assumere un atteggiamento amichevole, gentile
2. utilizzare un linguaggio adatto al livello culturale del paziente ed esplicitare, se necessario, le informazioni che vengono fornite
3. chiedere al paziente di esternare i propri commenti prima di terminare l'incontro
4. concludere la visita con una definizione di obiettivi comuni (esami, abitudini da assumere o vizi da perdere)
5. fare una battuta o sdrammatizzare per "abbassare" la tensione
6. estendere il discorso alla vita del paziente, chiedergli delle sue emozioni, accertarsi su come vanno i suoi rapporti personali
7. dedicare del tempo all'"educazione alla salute", condividere osservazioni e conclusioni su esami e accertamenti con il paziente e discutere sugli effetti del trattamento
8. cercare di prolungare l'incontro per qualche minuto
9. utilizzare metafore ed esempi pratici
10. rispondere in maniera diretta alle domande del paziente

Cosa non fare

1. mostrarsi saccenti e autoritari
2. assumere un tono troppo formale
3. non prestare attenzione a quanto dice il paziente
4. usare una terminologia troppo tecnica e specialistica
5. interrompere il paziente quando parla
6. rispondere in maniera evasiva a domande dirette
7. mostrarsi scettici o colpevolizzanti sull'esperienza del paziente
8. fissare il paziente in maniera quasi aggressiva, oppure non guardarlo affatto
9. stare seduti a braccia o gambe incrociate e rispecchiare la postura del paziente
10. rispondere al telefono mentre il paziente è in studio



I familiari di fronte alla malattia

La famiglia è il primo e fondamentale nucleo in cui ciascuno di noi è inserito e si forma. È quindi inevitabile che la malattia di uno dei membri esponga anche i congiunti a condizioni di sofferenza, oltre che di difficoltà pratiche. Non va sottovalutata la ricaduta psicologica, perché è frequente che i familiari sviluppino dolore, ansia, tristezza fino alla depressione, quando invece per aiutare i propri cari a debellare la malattia c'è bisogno di positività, realismo ed azione.

Una buona comunicazione tra la famiglia ed équipe curante, in cui lo specialista riveste un ruolo cruciale, rappresenta una delle più efficaci strategie per prevenire questa situazione. È importante che il coniuge e i parenti più stretti non si sentano esclusi dal processo terapeutico, ovviamente rispettando la volontà del malato sul livello di questo coinvolgimento.

Se vengono offerti adeguati meccanismi di sostegno e di informazione, la famiglia può assumere un ruolo forte e positivo per l'adesione del paziente alle terapie, per la sua motivazione, per il suo equilibrio psico-fisico.

È importante quindi che il medico sviluppi le competenze necessarie per una positiva relazione con la famiglia, soprattutto in occasione di momenti particolarmente delicati del percorso assistenziale come la diagnosi, le ricadute, la comunicazione di cattive notizie, la gestione dei rapporti quando il paziente si trova in terapia intensiva, il ritorno al domicilio, ecc.

Fin dal primo incontro bisogna perciò creare un triangolo comunicazionale-terapeutico (paziente – medico - famiglia) di cui lo specialista deve essere consapevole per poterlo utilizzare nel modo migliore e nell'interesse del paziente stesso.

Possibili situazioni critiche:



	<p>Alleanza Terapeutica Ristretta Alleanza tra paziente e medico – Famiglia esclusa È la situazione in cui è più difficile per i familiari affrontare quanto sta succedendo al loro caro. È tipica delle situazioni meno gravi.</p>
	<p>Rifiuto Terapeutico Alleanza tra famiglia e paziente – il medico è escluso Può verificarsi anche in presenza di una grave malattia. Uno dei rischi più concreti è il ricorso alle medicine alternative o parallele.</p>
	<p>Collusione di terzi Alleanza famiglia e medico – paziente escluso È la condizione tipica della fase terminale o della terapia intensiva.</p>
<p>(P = Paziente; F = Familiare; C = Curante)</p>	



Comunicare la diagnosi a malati e familiari

Il familiare va coinvolto nella misura in cui il malato lo ritiene opportuno. Non si deve però “scavalcarlo” né farlo sentire un soggetto passivo nella scelta terapeutica, a prescindere dalla sua età e condizione. Se il medico:

• incoraggia il clima amichevole, la cortesia, l’empatia	aumenta la soddisfazione del paziente e dei familiari
• ascolta, chiarisce, riassume	si facilita lo scambio di informazioni
• spiega, anche con simpatia	aumenta l’aderenza alle terapie da parte del paziente
• verifica il livello di comprensione, fa domande, concede tempo per decidere	si facilita la condivisione delle scelte

L’approccio diagnostico non va inteso come statico, un “verdetto” assoluto calato dall’alto da parte di un tecnico esperto ma distaccato a un paziente e a familiari impreparati, depressi, ansiosi e minacciati nei propri ruoli. È invece un **processo, in cui tutte le parti in causa giocano un ruolo attivo**: rappresenta l’avvio di un percorso dinamico, flessibile, in evoluzione, da realizzare insieme.

Il colloquio deve necessariamente avvenire in **tempi diversi**, per tenere in considerazione la capacità di ascolto, l’attenta analisi della storia clinica del paziente. Questa gradualità permette di prevenire ed evitare errori di comunicazione e di perfezionare la conoscenza del paziente e dei suoi familiari.

Come annunciare una “cattiva notizia”

Lo spettro delle “cattive notizie” in medicina è ampio e include tutte quelle situazioni che possono alterare drammaticamente le prospettive future del malato, con effetti peggiorativi sia sulla qualità della vita del paziente che per i suoi congiunti. La gravità dipende inoltre da molteplici fattori, legati alle condizioni psicologiche ma anche sociali e relazionali del malato (ad esempio, si pensi alla differenza fra la prospettiva di disabilità permanente per una persona sola oppure per chi può contare su un’assistenza familiare).

La formazione del medico alla comunicazione e alla relazione con il paziente e i familiari su questo particolare aspetto è determinante per completare la sua identità professionale. Può essere di grande aiuto rispettare i cosiddetti “**sei scalini**” individuati da Buckamn, che tengono conto delle reazioni graduali di fronte alla “cattiva notizia”:

1. preparare il contesto e disporsi all’ascolto
2. capire quanto la persona è già conscia del problema e che idea se ne è fatta
3. invitare il malato a esprimere il desiderio di essere informato o meno sulla diagnosi, la prognosi e i dettagli della sua malattia. Creare insomma una linea di comunicazione interpersonale più intima
4. fornire le informazioni con chiarezza, precisione ma, se necessario, anche con dolcezza
5. facilitare l’interlocutore (il malato o il familiare) a esprimere le proprie emozioni
6. discutere e concordare una strategia d’azione condivisa, trasmettere l’idea che si sta costituendo un team per vincere la “partita”

I bisogni dei familiari in terapia intensiva

Il ricovero in terapia intensiva rappresenta un evento critico, drammatico nella vita di una persona e dei suoi familiari. Vari studi, descrivono questa esperienza come stressante e spesso deprimente.

Per i familiari, le situazioni di crisi più frequenti in genere sono:
• distruzione della routine domestica
• cambio delle relazioni (in senso positivo o negativo)
• frustrazione
• difficoltà nel conciliare il ruolo di coniuge, genitore, lavoratore, e “assistente” del paziente

La relazione tra il medico dell'unità di terapia intensiva coronaria e i familiari non è facile, per limiti oggettivi di tempo e spazi dedicati e perché sono frequenti momenti ed occasioni di conflittualità. Può essere, infatti, difficile riuscire a capire quali siano i bisogni dei familiari e viceversa. È importante gestire le loro ansie, paure e preoccupazioni per la gravità della situazione, vincere l'abitudine di allontanarli, pur mantenendo le regole dell'unità intensiva.

I bisogni prioritari dei familiari, così come emergono dalla maggior parte degli studi, sono:

• venire rassicurati che il paziente sta ricevendo le migliori cure possibili
• ricevere risposte oneste e garbate
• sapere che saranno avvisati tempestivamente in caso di cambiamenti nelle condizioni del paziente (chiamati a casa)
• conoscere la prognosi
• ricevere un aggiornamento quotidiano sulle condizioni del malato
• ricevere informazioni in termini comprensibili
• sapere che esiste una speranza, senza però essere inutilmente illusi
• sapere in che cosa sta migliorando il paziente



Il medico non è la sola figura professionale che deve intervenire per colmare questo bisogno informativo e per comunicare con i familiari: un ruolo determinante è quello degli **infermieri** che possono fornire un utile supporto psicologico, spiegazioni durante la visita, comunicare a casa via telefono i cambiamenti (anche quelli positivi e quindi graditi), aggiornare sulla quotidianità, ecc.

Per poter assicurare un'informazione esaustiva e capace di placare l'ansia e le aspettative della famiglia è indispensabile la collaborazione fra più figure professionali.

Quando il malato torna a casa

La dimissione ospedaliera può essere caratterizzata da un'impreparazione della famiglia, che rischia di sentirsi scarsamente supportata e coadiuvata dalla struttura e dagli stessi medici. In altre parole, di non essere fiduciosa di saper **gestire un'eventuale nuova disabilità**, una volta tornati a casa.

La comunicazione in questo caso può giocare un ruolo fondamentale: numerosi studi hanno infatti dimostrato che quando i familiari ed il paziente vengono adeguatamente preparati ad affrontare la situazione clinica e le problematiche che possono subentrare alla dimissione, si verifica una minor incidenza di stati ansiosi nel ritorno fra le mura domestiche. Ma **il grado di soddisfazione percepito dai familiari dipende dalla modalità con cui questa informazione viene fornita**. In letteratura sono presenti numerosi studi per valutare l'efficacia della comunicazione con i familiari grazie ad opuscoli divulgativi. I risultati però mostrano che non sono particolarmente utili in quanto non si evidenziano differenze significative né sulla conoscenza della patologia né sulla percezione della qualità del servizio fra chi li ha ricevuti e chi no.

Il mezzo di comunicazione più efficace tra medico e familiari è il colloquio verbale.

Il medico dovrebbe ripetere e sottolineare più volte le informazioni chiave. Per i familiari è inoltre di grande conforto sapere di poter contare su un **recapito telefonico dedicato** con personale preparato (medico o infermieristico), a disposizione per ricevere risposte adeguate su dubbi relativi alla gestione della nuova situazione del malato. La collaborazione fra medico di base e il gruppo che ha seguito il malato e la famiglia durante il ricovero è determinante per gestire e/o coabitare con la nuova situazione del malato e per la serenità dei familiari.





Medici a confronto, tra ospedale e territorio

Il medico di famiglia è la figura professionale sanitaria verso la quale i cittadini italiani nutrono maggiore fiducia (64,3%) seguito dal medico specialista privato (32,1%) e dall'ospedaliero (13,3%).

Circa due terzi dei pazienti consultano il proprio medico di famiglia per decisioni importanti sulla salute. Ecco perché diventa fondamentale la sua relazione con lo specialista: **è indispensabile che entrambe le figure di riferimento siano al corrente dello stato di salute del malato e che questo, e la sua famiglia, avvertano di essere inseriti all'interno di un unico percorso di cura:** tutti gli attori devono conoscere perfettamente "il copione".

Quali sono i principali ostacoli alla comunicazione?

- Il **medico di famiglia** lamenta carenze formative specifiche (in particolare per quanto riguarda l'aggiornamento) e notevoli carichi burocratici: questo comporta da un lato una oggettiva scarsità di tempo da dedicare al singolo paziente, dall'altro una parziale difficoltà nel rispondere a domande specifiche e mirate che il malato o i suoi familiari pongono.

- Lo **specialista** invece tende a considerare esclusivamente la patologia di sua stretta competenza, curando l'organo prima ancora del paziente, e rischia di minimizzare problemi più generali e l'impatto sociale o familiare della malattia, con cui di rado è chiamato a confrontarsi in prima persona.

Il medico di famiglia riesce spesso ad instaurare una relazione "speciale" con il malato: è l'unico che ne conosce la casa, la famiglia, le abitudini, il solo che ha accesso fisicamente al suo ambiente più intimo. Una più stretta collaborazione con lo specialista, anche nella fase della prevenzione, potrebbe dar modo ad entrambi di apprendere metodi e punti di vista inediti: l'uno potrebbe ampliare le proprie competenze in ambito cardiovascolare, l'altro estendere la sua visuale alla complessità delle interazioni tra il malato, la sua famiglia, il contesto in cui è inserito.

Le dimissioni

Le difficoltà pratiche e culturali nella trasmissione di informazioni tra colleghi possono provocare atteggiamenti discordi e contraddittori nei confronti del paziente e dei familiari.

Uno fra i principali ostacoli riguarda il **momento del ritorno a casa**, con il relativo passaggio della responsabilità del paziente dall'ospedale al medico curante abituale. Una fase che implica un complesso scambio di informazioni, con il rischio che alcune (per esempio, gli esami eseguiti ma di cui non è ancora pervenuto il risultato) vengano perdute e che il paziente subisca un danno effettivo.

Alcuni studi, in particolare statunitensi, hanno dimostrato che la perdita dei risultati o la loro mancata segnalazione al medico curante è, purtroppo, frequente. Secondo i ricercatori anglo-americani, la percentuale di errore può arrivare al 10-20%.

In Italia non esistono dati precisi perché mancano studi e risorse dedicati a questo tema.

Un secondo problema riguarda l'**esattezza delle informazioni riportate**. In questo caso i rischi principali sono due: la **mancata comprensione dell'informazione** a causa della scrittura illeggibile, oppure la **presenza di errori** nel testo.

Il primo aspetto si può risolvere semplicemente con l'utilizzo



dell'**informatica**, come ormai avviene in gran parte delle strutture.

Per minimizzare il rischio di errori servirebbero però indicazioni standardizzate, uguali per tutti.

In questo senso si sono mosse alcune regioni italiane, indicando nella lettera di dimissioni una serie di requisiti espliciti, così che per ogni paziente siano riportate tutte le informazioni necessarie a garantire la continuità assistenziale.

Su questo ha lavorato in particolare la Lombardia, che ha elaborato un vero e proprio "*Manuale della cartella clinica*".

Come si scrive una lettera di dimissione

La lettera di dimissione deve sintetizzare il contenuto dell'intera cartella clinica, con informazioni quali:

- | |
|---|
| • circostanze e motivo del ricovero |
| • iter diagnostico-terapeutico e accertamenti significativi |
| • modificazioni del quadro clinico, dall'ammissione alla dimissione |
| • terapia farmacologica attuata |
| • terapia successiva alla dimissione e le istruzioni di follow-up |
| • eventuali occorrenze di prestazioni sanitarie e/o sociali |
| • suggerimenti su abitudini di vita |

Va consegnata al momento della dimissione in busta chiusa direttamente al paziente o alla persona da lui delegata; una copia va conservata in cartella clinica.

La lettera di dimissione deve fornire al medico di medicina generale tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze di ricovero, l'iter diagnostico, la terapia, e le indicazioni per il proseguimento, gli appuntamenti per i successivi esami e visite di controllo.

Il requisito fondamentale è la **chiarezza** che riguarda sia la grafia (se scritta a mano) che l'esposizione. Il testo deve essere facilmente **leggi-**

bile, l'esposizione non deve dare adito a **interpretazioni difformi**. L'uso di **sigle o acronimi** è possibile purché conformi a standard nazionali o internazionali e devono essere forniti i parametri per la comprensione del relativo significato.

Nella lettera di dimissione devono essere sempre presenti la **data di stesura**, il **nome del medico redattore** e una **sintesi descrittiva del decorso clinico**.

È importante stilare una **conclusione** chiara e comprensibile inerente la diagnosi, la prognosi ed i suggerimenti pratici.

È utile anche allegare il **numero di telefono** del medico che ha seguito in reparto il paziente nel caso vi siano dubbi o ulteriori chiarimenti da parte del medico di medicina generale. È anche assai importante la gestione dei **referti degli esami strumentali**: spesso sono troppo dettagliati e difficili da comprendere per il medico di famiglia che non possiede, né deve possedere, una cultura specifica. È importante riassumerli in modo chiaro e sintetico concentrandosi solo sui punti rilevanti per il follow up e la presa in carico del paziente.

Come facilitare la comunicazione

La **reperibilità dello specialista** rappresenta uno dei problemi con cui quotidianamente si confrontano i medici di famiglia. In caso di necessità di chiarimenti sulla terapia che il paziente sta eseguendo non è sempre facile individuare la persona giusta a cui rivolgersi. Per questo, una misura semplice come fornire il proprio **numero di cellulare**, si può rivelare di enorme aiuto ai fini pratici. Un'alternativa è organizzare in reparto una "corsia preferenziale" riservata ai medici di famiglia, con un **indirizzo e-mail dedicato** e con l'assistenza della caposala. Questo permetterebbe inoltre anche allo specialista di venire costantemente informato sugli sviluppi della cura e sullo stato di salute del paziente dimesso.

Anche la **struttura di ricovero** può fornire un contributo fondamentale per facilitare la comunicazione, ad esempio mediante l'indicazione di **fasce orarie per le comunicazioni telefoniche** e attraverso la messa a punto di idonei strumenti informatici. Ha inoltre il compito di assicurarsi che lo specialista di riferimento, anche qualora non sia il diretto curante del paziente, abbia accesso a tutte le informazioni utili alla comunicazione con il medico di medicina generale.



Comunicare la salute nei media

Con l'espressione *comunicazione della salute* si intendono diverse tipologie di messaggio, con finalità distinte e con un diverso utilizzo dei media. Una "classificazione" classica, della comunicazione della scienza al pubblico prevede:

a) *Educazione sanitaria*. Comunicazioni rivolte al pubblico in generale, in cui i contenuti medico-scientifici passano in secondo piano rispetto ad obiettivi di carattere prescrittivo (per incentivare l'adozione di determinati comportamenti o disincentivarne altri). Questa attività viene in genere condotta in maniera massiccia in un arco temporale definito. Ad esempio le campagne condotte negli ultimi anni contro il fumo, per la lotta all'AIDS, di sensibilizzazione sulle malattie oncologiche o cardiovascolari. È forse il più antico e tradizionale modo di utilizzo dei media per la comunicazione della salute.

b) *Divulgazione sanitaria*. Messaggi in genere complessi che si rivolgono ad un pubblico più ristretto e già sensibile ai temi sanitari. Il tipico intervento di questo tipo prevede il parere da parte di un medico o di uno studioso, in forma implicita o di esplicito consiglio.

Solitamente, trovano spazio in media specificamente dedicati alla salute quali i supplementi settimanali pubblicati da alcuni quotidiani, trasmissioni tv che si occupano di medicina, ecc.

c) Informazione medico-sanitaria. Notizie legate a temi di medicina e benessere presentate in spazi non esplicitamente dedicati alla salute: notiziari televisivi o radiofonici, pagine di cronaca dei quotidiani. L'interesse per il contenuto tecnico passa in secondo piano perché ci si rivolge ad un pubblico molto più vasto: le caratteristiche di brevità e potenziale interesse diventano fondamentali. Si possono annunciare risultati di una ricerca medica particolarmente sorprendente (*il colesterolo non fa male*) o nuovi pericoli per la salute (*l'influenza aviaria*). Spesso il legame della notizia con il contesto medico-sanitario è indiretto. In alcuni casi, questo tipo di informazione si connota per situazioni di forte conflittualità tra esperti e non o anche all'interno della stessa comunità di specialisti.

d) Comunicazione indiretta sui temi della salute e della cura. Comunicazioni che contribuiscono in modo significativo a consolidare convinzioni, rappresentazioni e stereotipi su cui poi si sviluppa il dibattito pubblico. Un buon esempio è dato dalla fiction cinematografica e televisiva o da alcune pubblicità commerciali in cui compaiono medici, ospedali o addirittura il nucleo tematico è proprio costituito dall'attività sanitaria o dalla lotta a una malattia (ad esempio la famosa serie di telefilm *E.R.* o le più recenti fiction italiane ambientate in corsia).

Il medico può essere chiamato ad intervenire con un'intervista, tramite un comunicato stampa, offrendo la propria consulenza scientifica. È importante quindi capire quali sono le regole di base della comunicazione rivolta al pubblico, le caratteristiche dei vari media, gli errori da evitare, le tecniche da apprendere.



Le regole nel rapporto con i media

Quando ci si rivolge ai media laici (non di stretto ambito medico-sanitario) è importante applicare alcuni accorgimenti che permettono di salvaguardare il significato e la scientificità del messaggio ed essere allo stesso tempo efficaci. Il principale rischio, in occasione di dichiarazioni o interviste (sia che si tratti del commento ad un

lavoro pubblicato che di una dichiarazione “a caldo” su un fatto di cronaca) è dimostrarsi poco incisivi, troppo tecnici, fornire una comunicazione che risulta vaga.

- **Identificare il messaggio-chiave** È indispensabile definire il concetto fondamentale che si vuole sottolineare e affrontarlo subito. Spesso, infatti, il tempo è molto limitato (intervento alla radio o in TV) e bisogna quindi essere concisi ed arrivare dritti al punto.

- **Fornire subito le informazioni essenziali** Questa regola può risultare di difficile applicazione per lo specialista abituato a scrivere articoli per riviste scientifiche in cui premesse, metodologia, ecc. precedono i risultati raggiunti e le conclusioni. Quando ci si rivolge ai media “laici” si deve invece procedere in maniera esattamente opposta: prima identificare la notizia chiave (le conclusioni a cui si è giunti) in seguito, se c’è spazio e tempo, le informazioni necessarie per contestualizzare la notizia.

- **Rispettare lo spazio e il tempo a disposizione** Definire prima con il giornalista lo spazio (in caso si tratti di un articolo) o il tempo (se si tratta di battute per la radio o la TV) a disposizione è fondamentale per evitare che si debba poi “tagliare”, sacrificando concetti magari importanti. Un buon allenamento è abituarsi a sintetizzare, seguendo lo schema già indicato: prima la notizia centrale, poi i dettagli.

- **Capire chi sono gli interlocutori e porsi al loro livello** Se si sta parlando ad un pubblico eterogeneo, è necessario adattare il linguaggio. Si devono quindi utilizzare termini comprensibili anche ai “non tecnici” oppure, se questo risulta impossibile – pena sacrificare la correttezza dell’affermazione – i concetti più complessi devono venire spiegati, magari attraverso l’utilizzo di metafore o analogie.

- **Evitare l’eccessiva banalizzazione** Uno dei rischi della comunicazione al pubblico è semplificare eccessivamente per paura di non essere compresi, con il rischio di banalizzare o sminuire la portata dei risultati raggiunti. Adattare il linguaggio all’interlocutore non significa impoverirlo né sacrificare la scientificità.

- **Citare dati e fonti** È sempre opportuno citare i dati (numeri, percentuali, dati di raffronto, ecc.) e le fonti: si tratta di un elemento di serietà e di competenza, che aumenta l’affidabilità e l’autorevolezza. È importante anche contestualizzare questi elementi: se ci si sta rivolgendo ai media nazionali non ha senso citare dati riferiti, ad esempio, agli Stati Uniti.

• **Personalizzare il messaggio** Per rendere più incisivo il messaggio è utile inserire elementi personali legati alla propria esperienza clinica o all'aspetto umano che si cela dietro la ricerca. Questo consentirà di colpire di più il pubblico e lo porterà più facilmente ad immedesimarsi/appassionarsi alla notizia comunicata.

La comunicazione medico-scientifica ai tempi di internet

È sempre più frequente che i pazienti si informino su internet prima o dopo essersi rivolti al medico. Si tratta di un fenomeno relativamente nuovo, che divide gli specialisti: c'è chi è felice di ricevere un paziente già "informato" – che possiede quindi un buon livello di base – e chi invece ritiene dannoso questo tipo di comportamento, che può portare a un'informazione fuorviante o parziale.

In Italia:

- il 59.3% degli italiani presta sempre attenzione alle notizie sanitarie
- il 74.9% si ritiene 'molto' o 'abbastanza' informato sull'argomento
- il 53.4% ritiene che "sia opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni possibile, per decidere autonomamente della propria salute"
- il 25% della popolazione, nel complesso, usa internet per informarsi su questioni di salute

Fonte Censis, Rapporto "Salute e comunicazione 2007 - Fiducia, dialogo, scelta"

I principali vantaggi di internet nella relazione medico-paziente sono:

- la condivisione dell'onere della conoscenza
- lo stimolo per la comunicazione
- l'*empowerment* del paziente
- l'aumento del senso di 'controllo' della malattia
- la possibilità di contestualizzare aspetti legati alla propria salute
- la condivisione delle esperienze

Il principale svantaggio, o rischio, di internet è la **qualità delle informazioni** che vengono fornite. Tuttavia è una realtà che non può essere ignorata: lo specialista deve sforzarsi di governare questo strumento, indicando lui stesso al paziente siti di riferimento, meglio se **certificati da società scientifiche**, se fanno capo ad **associazioni di pazienti** riconosciute o

se appartenenti ad **enti o istituti**. È anche possibile navigare con il paziente, per aiutarlo ad orientarsi nel mare delle informazioni. In particolare, possono essere utili tre semplici **consigli**:

1. porsi con un atteggiamento positivo nei confronti del paziente che rivela di essersi informato su internet, senza mostrare pregiudizi e senza demotivarlo
2. discutere insieme dell'informazione trovata in internet, per rafforzarla con la propria competenza qualora sia corretta oppure per spiegare in maniera documentata quali siano gli errori e le inesattezze
3. conoscere il web: avere padronanza di questo strumento, saper consigliare siti di riferimento, spiegare al paziente come verificare le informazioni affidabili

La corretta comunicazione scientifica

L'informazione ai cittadini va ormai considerata un vero e proprio dovere del medico, con una dimensione etica: è infatti fondamentale per il progredire della conoscenza e per assicurare l'accesso alle prestazioni. Può svolgere inoltre un'importante funzione educativa e di prevenzione nei confronti di tutta la popolazione e contribuire anche a un risparmio per il sistema sanitario (si pensi all'impatto della diagnosi precoce). Fra i compiti dello specialista vi è quindi anche la disponibilità a confrontarsi con i media, con tempestività, correttezza e completezza delle informazioni.

Una corretta comunicazione medico-scientifica richiede alcune regole "etiche" da rispettare.

- vanno portati all'attenzione dei media anche i risultati degli studi "negativi", se ritenuti comunque rilevanti dalla comunità scientifica
- va sempre chiarito nella comunicazione al cittadino se la ricerca a cui si fa riferimento sia sponsorizzata dall'Industria e quali siano comunque gli Enti finanziatori
- nel divulgare i risultati dei propri studi i ricercatori hanno il dovere di rendere palesi eventuali conflitti di interesse, anche nei confronti della stampa laica
- notizie e informazioni connesse alla sperimentazione di nuovi farmaci o tecnologie, possono essere diffuse solo con citazione della fonte
- in nessun caso dovrebbe essere consentita la pubblicazione di notizie che possano essere ritenute una forma di pubblicità per farmaci o tecnologie in fase sperimentale, senza che esistano prove di efficacia e utilità
- la notizia va completata con indicazioni utili relative alle percentuali di successo del trattamento e ai tempi necessari per la trasposizione dei risultati nella pratica clinica



Conclusione: comunicare per prevenire

La vera strategia vincente in ambito cardiovascolare è insistere sulla prevenzione e una comunicazione efficace, a 360°, può diventare la più potente arma per raggiungere questo obiettivo.

Quando il paziente arriva dal cardiologo spesso infatti è troppo tardi per poter intervenire in maniera radicale. È quindi fondamentale sviluppare un dialogo continuativo:

- fra specialista e medico di base
- fra il medico, il paziente e la famiglia,
- con i cittadini

per diffondere una migliore cultura dei **fattori di rischio**, degli **stili di vita**, delle persone **da seguire con maggiore attenzione**, degli **esami da eseguire**.

La lotta alle malattie cardiovascolari deve infatti vedere impegnati in primo luogo i cardiologi ma, oltre alla competenza in cardiologia clinica, è indispensabile una sensibilità sugli aspetti preventivi che solo una diverso approccio globale permetterà di sviluppare.

Su questo fronte il medico di famiglia, i media e gli stessi cittadini possono apportare un contributo essenziale.



università di ferrara
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

Fondazione
Anna Maria Sechi
per il cuore

Comunicare con il cuore è promosso dalla Fondazione Anna Maria Sechi per il Cuore, fondata e presieduta dal prof. Roberto Ferrari, che prevede tra i propri obiettivi la sensibilizzazione, l'informazione e l'educazione di cittadini ed operatori sul tema delle patologie cardiovascolari.

Per saperne di più www.cuorealcentro.it

Realizzazione



Intermedia

Tel. 030 226105 - Fax 030 2420472
intermedia@intermedianews.it

*Questo opuscolo è reso
possibile col contributo di*



**Boehringer
Ingelheim**