

Pediatria e comunicazione: come si cambia

MICHELE GANGEMI¹, PATRIZIA ELLI²

¹Pediatra di base, Verona; ²Pediatra di base, Milano

Sapersi mettere in una condizione di ascolto attivo; importante per fare una diagnosi, più importante per essere un buon medico di famiglia.

Cambiamento è una parola chiave del counselling e riguarda sia il genitore sia il professionista.

Il pediatra avverte che i genitori non sono più disposti ad accettare i suoi consigli e le sue prescrizioni senza discutere, e questo è motivo di insoddisfazione reciproca.

In una società basata sulla comunicazione, gli stimoli e le informazioni, più o meno scientifiche, sono innumerevoli e difficili da contrastare. Astrarsi dall'attenzione alla famiglia che si ha davanti porta a non capire le richieste di aiuto di quel sistema, a sua volta influenzato da altri sistemi, meno visibili per il pediatra (amici, gruppi culturali ecc.).

Si ha così spesso la sensazione di non aderenza alla terapia prescritta o ai consigli dati, ma counselling non significa certo "dare consigli", anzi ribalta le regole del gioco e porta il pediatra a porre in secondo piano le proprie verità e i propri pregiudizi, privilegiando l'ascolto attivo del sistema famiglia (genitori- bambino).

Assistiamo così, con l'acquisizione delle abilità di counselling, al passaggio dall' "adherence" alla "partnership".

Il paziente, quindi, non si trova nell'obbligo di adesione passiva alle direttive del pediatra, ma stabilisce un'alleanza che sfocerà in una migliore soddisfazione per entrambi.

PEDIATRICS AND COMMUNICATION: TOWARDS A CHANGE

(*Medico e Bambino* 2005;24:235-238)

Key words

Counselling, Communication, Partnership

Summary

By comparing audio-recordings in pediatricians' cabinets, the Authors highlight the differences between spontaneous communication and structured communication associated with counselling abilities between pediatricians and parents. To respect a structured communication help the change from a "doctor-based" medicine to a "patient-based" one. The use of open-questions, the curiosity for the other and for his/her values system are useful tools in order to improve the relationship between pediatricians and parents and to establish the so-called "partnership".

Il pediatra non è specialista d'organo ma di una fascia d'età, e questa attenzione primaria al bambino e alla sua famiglia è insita nel suo lavoro.

Peraltro, una recente indagine dell'Istituto Picker evidenzia in un campione di mille pazienti in età adulta, rappresentativi delle varie nazioni europee, che la soddisfazione dei pazienti per la comunicazione con i medici è da migliorare in particolare in Italia¹.

Inoltre, i pazienti confermano di preferire, quale fonte d'informazione, il medico rispetto ai mass-media, e in particolare il medico di base. Questo sembra essere il punto per la ripartenza in modo da migliorare la soddisfazione sia del medico che del paziente.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA

L'audio-registrazione che proponiamo qui di seguito si riferisce a una prima visita di una neonata.

Mamma: «Non c'è il libretto stavolta?»

Pediatra: «No! Non lo distribuiscono più»

Mamma: «E allora?»

Pediatra: «Le faccio io un quaderno. Maria Rossi, chi ha scelto il nome?»

Mamma: «Il papà»

Pediatra: «Data di nascita?»

Mamma: «Sì, io volevo Vittoria, Giovanna voleva Carlotta, ma poi ha scelto il papà»

Pediatra: «Ah sì? Via (indirizzo)...ecc.»

Mamma: «È brutto senza libretto, però»

Problemi correnti

Box 1 - STRUTTURA DEL COLLOQUIO

Accoglienza

- Saluto
- Contestualizzazione (es. "Questa è la prima visita per la piccola")
- Cosa succederà

Raccolta delle informazioni

Fase centrata sul paziente:

Uso di domande aperte con raccolta dati sulla situazione attuale ed esplorazione delle emozioni del paziente. Comprendere il punto di vista del paziente.

Fase centrata sul medico:

Uso di domande chiuse per la raccolta delle notizie mediche.

Chiusura e riapertura

Esaurito l'argomento, si riassume, si segnala e si annuncia il successivo.

Commiato

- Riassunto (delle indicazioni più importanti)
- Concretizzazione (traduzione delle indicazioni in azioni condivise e localizzazione delle medesime nel tempo)

Box 2 - GLOSSARIO DEL COUNSELLING

Domanda aperta

Consente una risposta più ampia, un racconto, una descrizione (...e quelle che lei chiama coliche...?)

Domanda chiusa

Permette di rispondere solo con un sì, un no, un numero, una parola.

Riassunto a specchio

Riassume ciò che viene detto, utilizzando le parole del paziente, senza aggiungere nulla, ma sottolineando e, in parte, riordinando in modo strategico ciò che il paziente ha detto.

Ascolto attivo

Modalità di conduzione del colloquio che amplifica l'accoglienza di ciò che il paziente porta. Prevede l'uso di tecniche che guidano il colloquio, mantenendolo su temi trattabili in quel momento e in quell'ambito professionale.

Pediatra: «Malattie particolari in famiglia? Allergie, anemie?»

Mamma: «Io, io, anemia»

Pediatra: «Che tipo di anemia?»

Se rileggiamo queste prime battute alla luce di qualche nozione sulla comunicazione, ci accorgiamo subito che

manca la struttura del colloquio e, da parte del professionista, non c'è la conduzione dello stesso (*Box 1*).

Le fasi dell'accoglienza non ci sono ed è la mamma che inizia ("non c'è il libretto"). L'insistenza sulla mancanza del libretto non viene colta dal pediatra che si disperde in domande poco utili.

La raccolta delle informazioni viene fatta con l'uso di sole domande chiuse, seguendo quello che si definisce uno schema di anamnesi centrata sul medico. Inoltre, la doppia domanda (allergia, anemia) non sembra avere una logica. Perché è stata scelta questa accoppiata tra le "malattie particolari" rispetto alla salute della bimba?

L'assenza di domande aperte impedisce la narrazione, da parte del paziente, e l'esplorazione delle sue emozioni, da parte del medico. Il risultato si caratterizza per superficialità di informazioni, confusione e, in ultima analisi, scarsa possibilità di utilizzo delle medesime da parte del medico (*Box 2*).

Procediamo con la lettura della registrazione:

Pediatra: «Aborti?»

Mamma: «Sì, l'anno scorso...»

Pediatra: «Uno o due?»

Mamma: «Due»

Pediatra: «Tutti e due lo scorso anno?»

Mamma: «Sì, dopo due o tre mesi dal primo (aborto)»

Pediatra: «La gravidanza, tutto bene?»

Mamma: «Sì!»

Pediatra: «Allora, secondogenita, 4^a gravidanza. È stata male in gravidanza?»

Mamma: «No!»

Pediatra: «Ecografie negative?»

Mamma: «Sì, però dicevano che la bambina aveva un problema al rene, nell'ultimo mese, si ricorda?»

Pediatra: «Ah sì, parto a 39 settimane? Pensavo 40...ha fatto il cesareo?»

Mamma: «No»

In questa sequenza non vi è un possibile aggancio ai precedenti aborti della madre da parte del pediatra: i due aborti segnalati dalla signora non producono alcun commento da parte del medico.

Anche la segnalazione, avvenuta in gravidanza, di un problema al rene della bambina non suscita domande di approfondimento: sulla base delle proprie conoscenze, il medico archivia la questione, perché la bambina è sana. Ma anche per i genitori sarà stata archiviata la questione?

Un'anamnesi centrata sul paziente porrebbe delle domande di "concretiz-

zazione” (cosa era stato realmente detto in gravidanza?) e di “modifica dell’informazione” (cosa era stato annunciato alla nascita?). In questo modo il medico può verificare la comprensione della situazione da parte del paziente.

Non viene inoltre esplorato il sistema familiare nei suoi rapporti e nelle sue regole: sarebbero informazioni preziose che aiutano, come già accennato, a capire le richieste d’aiuto e a rendere più incisive le indicazioni terapeutiche o gli interventi sugli stili di vita.

Riassumendo: quali sono le trappole in cui può cadere il nostro pediatra “comunicatore spontaneo”?

- L’attenzione concentrata solo sui dettagli clinici.
- Le domande dettate solo dalle conoscenze mediche e colloquio indirizzato solo su queste.
- Pensare che l’unico interlocutore sia la persona che ha davanti senza considerare l’importanza che può avere il suo sistema di appartenenza.

Vediamo allora, con la prossima registrazione, come il nostro pediatra “cambia”, mantenendo il suo ruolo professionale, ma usando un altro punto di vista, grazie alle abilità di counselling. Anche in questo caso si tratta di una prima visita: i genitori hanno da poco cambiato il medico e questa è la prima volta che si recano dal nuovo pediatra. Lucia è la loro prima figlia. Ha 5 mesi e loro sono preoccupati perché “non mangia”.

Dopo i convenevoli di accoglimento:

Papà: «Fino a che punto dobbiamo preoccuparci perché non mangia? Ci dicono che è normale, che forse sono i dentini»

Mamma: «Effettivamente si mette in bocca di tutto: si mette le mani in bocca o sposta il biberon di latte proprio qui davanti»

Pediatra: «Dunque, cominciamo dall’inizio. Lei, intanto, quanti mesi ha?»

Mamma: «Lei, 5 mesi»

Segue racconto circa la nascita avvenuta prematuramente e la necessità

di ricovero in ospedali diversi per mamma e bambina.

Già dalle prime battute possiamo notare come il medico prenda in mano le redini del colloquio che si presenta carico di ansie e, se lasciato senza una guida autorevole (non “autoritaria”), rischia di sotterrare il povero pediatra sotto una valanga di notizie e richieste. Questa manovra permette ai genitori di raccontare con ordine gli avvenimenti più recenti relativi alla nascita, incanalando la loro ansia nel racconto, e permette al medico di raccogliere oltre i dati anamnestici anche le emozioni e il vissuto dei genitori.

Si creano così le premesse per un approccio empatico.

Ricordiamo che l’empatia può essere spiegata con una bella metafora. Per essere empatici bisogna essere capaci di tenere il passo del compagno di gita in montagna senza andare troppo avanti e senza rimanere troppo indietro.

Pediatra: «Quindi: abbiamo avuto questo inizio un po’ da paura! Ha fatto l’antibiotico e poi è stata bene o ha avuto...ha fatto dei controlli?»

Papà: «Beh, un sacco di coliche! I controlli sono sempre andati bene. Qui c’è la lettera di dimissione»

Pediatra: «E quelle che lei chiama coliche, subito dall’inizio? Che cosa erano, piante...?»

La battuta iniziale permette di creare un clima rilassato e comunica comprensione dello stress emotivo, a cui sicuramente i genitori sono stati sottoposti: tutto ciò facilita la relazione. Seguono domande aperte, di ricognizione. Quando i genitori parlano di coliche, il medico non dà per scontato il significato attribuito da loro a questo termine, cerca di esplorare la loro mappa cognitiva: per il medico il termine “coliche” ha un preciso significato, ma per il paziente sarà lo stesso?

Questo è un passaggio importante, è uno dei nodi del “cambiamento”: mettersi nei panni del paziente e provare a esaminare i problemi da un punto di vista diverso.

Pediatra: «Quanto mangia di latte adesso?»

Papà: «Diciamo dai 600 ai 750-800 cc quando va bene»

Pediatra: «E la crescita come è stata?»

Papà: «Otto etti, direi otto etti ultimamente»

Pediatra: «Buono, quindi!»

Papà: «Ah, è buono?»

Pediatra: «Sì, il peso è un parametro importante: voi l’avete pesata...»

Mamma e Papà: «Sì, noi la pesiamo ogni giorno. Siamo terrorizzati»

Pediatra: «Diciamo che se, uscendo di qua, riuscite a non pesarla ogni giorno è già una buona cosa! Nel senso che a questa età l’aumento non è regolare: ci può essere il giorno che non aumentano e quello che aumentano 40 g...»

Mamma: «Ma la cosa è perché era piccolina e noi avevamo l’incubo del peso!»

Pediatra: «Certo, l’ho immaginato perché quando nascono prima e sono piccoli è comprensibile e capisco che il peso sia la cosa più importante. Quindi, per capire, la paura, l’apprensione è che, essendo già nata piccola, non cresca a sufficienza»

Papà: «Esatto»

All’anamnesi centrata sul paziente seguono domande più chiuse per la raccolta delle notizie mediche. Notiamo, comunque, come la precedente fase di domande aperte e di accoglienza delle emozioni permetta anche qui ai genitori di esplicitare le loro paure e di descrivere i loro comportamenti dettati dalle stesse (“siamo terrorizzati, la pesiamo tutti i giorni”). In questa fase il medico, dopo aver esplorato l’area delle conoscenze del paziente, può iniziare a passare qualche informazione (quanto è giusto che cresca...) e a sottolineare qualche dato positivo. Iniziando a esplorare l’area dei comportamenti del paziente, può cominciare a proporre delle indicazioni (non pesarla ogni giorno) sulla base di un obiettivo condivisibile².

Tutti questi passaggi fanno emergere la vera causa delle loro paure (“era piccolina”) che viene accolta dal medico con empatia, dando liceità a tale paura (“è comprensibile, capisco”).

Pediatra: «Nel momento in cui, indi-

Problemi correnti

pendentemente da quello che mangia, si verificasse che l'aumento è comunque regolare, questa cosa potrebbe rasserenarvi?»

Mamma e Papà: «Sì, il pediatra aveva detto che doveva mangiare almeno 750 g quando pesava 5 kg. Quando vediamo che mangia 580-600 g pensiamo che la bambina abbia qualcosa. Se un pediatra ti dice almeno 750! Siamo sempre in apprensione».

Segue visita. Il pediatra riconferma la normalità della crescita di Lucia, facendo notare ai genitori i progressi della bambina dalla nascita.

Il nostro pediatra con abilità di counselling, quale novello esploratore, continua a cercare di capire cosa i genitori sanno e sarebbero disposti a fare. In questa ricerca il pediatra fa emergere l'apprensione provocata ai genitori dalla frase pronunciata da un inconsapevole "comunicatore spontaneo" ("se un pediatra ti dice almeno 750!"). Una parolina semplice ma, non dimentichiamolo, pronunciata da un professionista, lascia il segno!

Pediatra: «Pensate sia possibile non pensarla tutti i giorni? È una cosa fattibile?»

Papà: «Sì, per noi sì, se ci dice che è giusto così...»

Pediatra: «Vi consiglio di pensarla una volta al mese, così avete un'idea di quanto cresce.»

Papà: «Cioè, non dobbiamo preoccuparci? Dobbiamo insistere o no?»

Pediatra: «Avete già fatto la prova che, a non insistere, al pasto dopo mangia. Quindi si potrebbe provare a fare così: seguire i suoi ritmi.»

Mamma e Papà: «Proviamo a seguire quello che ci dice lei»

Pediatra: «Allora ci vediamo tra 15 giorni e mi dite com'è andata. Arrivederci!»

Mamma e Papà: «Arrivederci!»

Siamo alle battute finali. È stato individuato un obiettivo minimo condivisibile, partendo dalle informazioni ottenute, esplorando l'area dei comportamenti del paziente (cosa ha fatto e cosa pensa di poter fare).

Nel commiato si concretizzano le indicazioni in azioni e viene offerta la possibilità di una verifica.

Anche questo è importante perché rende implicito il concetto che si può fallire, si può non riuscire, si possono trovare altre strade insieme: in ultima analisi si mettono le basi per quella che sarà l'alleanza terapeutica.

CONCLUSIONI

Forse i due casi scelti possono apparire al limite delle nostre esperienze ambulatoriali, ma spesso i partecipanti ai nostri corsi scelgono di portare colloqui per loro problematici.

Attraverso l'analisi delle due audio-registrazioni abbiamo potuto assistere alla metamorfosi del pediatra da "turista per caso" ad "antropologo".

La scelta di questa metafora non è casuale: una delle radici del counselling sistemico è quella antropologica.

Il "turista per caso" viaggia portando con sé le proprie abitudini e tende a filtrare le esperienze di viaggio solo attraverso la propria cultura, come fa il nostro "comunicatore spontaneo" che utilizza il suo sapere scientifico per diagnosticare e curare. A volte questa modalità può bastare, ma laddove si determini un contrasto cognitivo diventare antropologi, cioè cercare di capire come funziona una cultura diversa, ci aiuta pur mantenendo il nostro ruolo professionale.

Quando siamo di fronte a un paziente non sappiamo nulla di lui, degli effetti che la malattia ha su di lui, dell'importanza e del significato che hanno per lui i sistemi di cui fa parte (famiglia, scuola, lavoro ecc.).

L'ascolto attivo, facilitando la narrazione, allarga il contesto e permette di riattivare le risorse del paziente che potrà così partecipare attivamente, se lo vuole, al percorso diagnostico-terapeutico o a eventuali cambiamenti del suo stile di vita.

Solo a partire dalla narrazione del paziente (*by patient*) e, attraverso la verifica della letteratura, si potrà chiudere il percorso arrivando a una conclusione condivisa (*to patient*)^{3,5}. Tale affermazione è ancor più vera nelle tante

MESSAGGI CHIAVE

□ Il medico, anche il pediatra, tende ad assumere, nella raccolta delle informazioni, un atteggiamento direttivo, centrato sui fatti e sui dettagli clinici, e limitato all'ascolto di un solo interlocutore.

□ Un cambiamento dell'atteggiamento, l'assunzione di un altro punto di vista, potenzialmente molto più produttivo, può essere ottenuto con relativa facilità, anche autoascoltando le registrazioni dei propri colloqui clinici.

□ In una società basata sulla comunicazione, e per una professione, come quella del pediatra di famiglia, che comporta condivisione e alleanze tra medico e paziente, oltre alla raccomandazione di un "cambiamento interiore", la frequentazione di corsi per attrezzarsi a un ascolto attivo potrebbe essere utile.

aree grigie della medicina in cui l'aiuto della letteratura è marginale.

L'articolo è tratto dalla relazione tenutasi al Congresso Nazionale SICIS, svoltosi a Milano il 15/2/2003.

Indirizzo per corrispondenza:

Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

Bibliografia essenziale

1. Il Sole 24ore Sanità, settembre 2002.
2. Gangemi M, Quadri S. Il counselling in pediatria di famiglia. Milano UTET 2000.
3. Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ* 1999;318:186-8.
4. Jones AH. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ* 1999;318:253-6.
5. Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ* 1999;318:323-5.