

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche dialogiche appropriate per la DIABETOLOGIA

Sarah Bigi (UC), Maria Grazia Rossi (UC), Serena Barello (UC), Guendalina Graffigna (UC), Maria Franca Mulas (AMD), Nicoletta Musacchio (AMD)

	<p>Sintonizzarsi con il paziente. Con pazienti in fase di rifiuto, spaventati o disorientati, cercare di capire prima di tutto quali idee si sono fatti in merito alla propria condizione di salute. Per esempio: “Che cosa sa del suo diabete?”; “Che cosa si aspetta dal colloquio di oggi?”</p>
1	<p>Nel paziente in fase di rifiuto, nel quale è ancora assente una qualsiasi forma di adattamento dell'individuo alla malattia, è necessario mettere in atto una pratica comunicativa incentrata sull'ascolto costruttivo. Quest'ultimo permette al clinico di entrare in contatto e di sintonizzarsi con i valori e le priorità del paziente rispetto alla malattia e alla cura. In altri termini, l'ascolto costruttivo permette al clinico – consapevole del fatto che il paziente, rispetto alla malattia, non si presenta come una tabula rasa – di entrare in contatto fin da subito con le idee del paziente. La conoscenza e l'interesse verso un tale bagaglio valoriale renderà più agevole: (1) per il paziente, l'avvio del processo di costruzione della sua identità e della sua relazione con il/i clinico/i di riferimento; (2) per il medico, l'apertura della pratica comunicativa successiva – quella relativa all'educazione e all'informazione del paziente. Per poter informare ed educare sulle cause della malattia in maniera efficace e nel rispetto della situazione di blackout (comportamentale, emotivo, cognitivo) del paziente, è indispensabile adottare un atteggiamento di empatia cognitiva (una forma di condivisione emozionale che implica la comprensione critica dei bisogni dell'altro e non il semplice rispecchiamento emozionale). Per favorire questa tipologia di atteggiamento, dal punto di vista delle strutture linguistiche si raccomanda l'utilizzo di domande che permettano al clinico di prendere consapevolezza delle conoscenze pregresse (e spesso pregiudizievole) del paziente.</p>
2	<p>Riorganizzare le idee con il paziente. A pazienti in fase di rifiuto, spaventati o disorientati, fornire una struttura nella quale riorganizzare le idee pregresse e/o inserirne di nuove e corrette. Esempi di strutture: il diabete è come un inquinante del sangue, dunque si comporta così e così, e va affrontato così e così... / il diabete è come una ruggine che non fa funzionare bene gli ingranaggi, quindi...</p> <p>Pazienti spaventati e/o disorientati necessitano a livello relazionale di una figura medica che sappia supportarli e guidarli nel lungo percorso che porta alla gestione autonoma e responsabile della malattia. Pur avendo come obiettivo terapeutico conclusivo la formazione di un paziente attivo rispetto alla gestione della sua malattia, in questa fase è opportuno applicare un atteggiamento paternalista in grado di agevolare il clinico nella messa in atto delle intenzioni comunicative specifiche di questa fase: informare e riorganizzare le idee con il paziente. Nella fase di rifiuto è dunque fondamentale offrire informazioni corrette che vadano a riorganizzare e a strutturare le idee pregresse dei pazienti, eliminando i tasselli di informazione inadeguati e inglobandone di nuovi. Dal punto di vista delle strutture linguistiche si raccomanda, ad esempio, l'utilizzo di metafore in grado di riformulare il significato della malattia (operazione di framing) e del percorso di cura in un quadro concettuale più idoneo e coerente.</p>
3	<p>Supportare il paziente. A pazienti che non riescono ancora ad accettare la malattia come parte della vita quotidiana, fornire indicazioni sempre più specifiche relativamente agli stili di vita corretti. Per esempio: al posto di “mi raccomando l'attività fisica”, preferire “mi raccomando, un quarto d'ora di passeggiata al giorno”.</p> <p>Il momento di educazione alla gestione della malattia e della cura con pazienti disorganizzati che non riescono ancora a integrare e gestire la malattia nei progetti di vita quotidiana si trasforma in un'attività di supporto vera e propria. In questa fase la pratica comunicativa deve essere organizzata intorno a indicazioni concrete. La nozione di concretezza deve essere declinata in un senso almeno duplice: le indicazioni devono essere concrete (e cioè integrate) rispetto alle condizioni di vita specifiche del paziente; le indicazioni concrete devono essere preferite rispetto a soluzioni più generiche, astratte o poco pratiche. Gli esempi delle pratiche di integrazione degli stili di vita corretti nella vita quotidiana sono, per il momento, ancora proposti dal clinico. Particolare attenzione deve essere data alla gestione delle routine quotidiane (es. che fare quando si va in vacanza?): il clinico fornisce esempi di soluzioni concrete possibili su come affrontare le difficoltà che il paziente si troverà ad affrontare rispetto all'aderenza terapeutica (all'autocontrollo, all'alimentazione, all'attività fisica).</p>
4	<p>Legittimare il paziente. Per promuovere la capacità interpretativa e decisionale di pazienti non ancora del tutto autonomi, prediligere le domande di opinione, intese come esercizio critico per i pazienti e fonte di informazioni preziose per i clinici. Per esempio: “cosa le pare del suo diabete?”; “come le sembrano questi valori?”; “le pare buona questa glicata?”</p> <p>Quando il paziente acquista sicurezza rispetto alla gestione della malattia e della cura, la relazione comunicativa tra medico e paziente deve essere condotta all'interno della dimensione della decisione condivisa. Il clinico introduce il paziente all'interno di questa dimensione favorendo momenti di ragionamento critico rispetto alla gestione autonoma dei trattamenti. Le proposte stimolate e supervisionate dal clinico permettono al paziente di acquisire consapevolezza e autonomia rispetto alla malattia e alla cura, attraverso una discussione ragionata e guidata sull'utilità, sulla correttezza e sull'efficacia delle proposte avanzate. In questo senso può essere utile richiedere ai pazienti di fornire anche delle giustificazioni sul perché credono che una data proposta possa essere adeguata: in questo modo il clinico è in grado di offrire spiegazioni sulle sequenze di ragionamento eventualmente scorrette. Dal punto di vista della pratica comunicativa la motivazione acquisisce una rilevanza maggiore, soprattutto rispetto alle fasi precedenti legate più alla necessità di offrire un'informazione corretta e adeguata.</p>
5	<p>Sviluppare decisioni condivise con il paziente. Invitare i pazienti autonomi e consapevoli ad avanzare proposte concrete e realistiche in merito alla gestione della malattia. Per esempio: “dobbiamo mantenere questo buon peso, lei come propone di farlo?”; “mi dice che tra qualche giorno andrà in vacanza, ha pensato come mantenere questo buon compenso del diabete quando sarà via?”</p> <p>Nei pazienti autonomi e consapevoli, già in grado di gestire criticamente la dimensione della scelta condivisa, l'obiettivo terapeutico primario è agire sulla prevenzione delle ricadute. In questo senso, la motivazione del clinico rispetto alla gestione dei piani di benessere del paziente rimane la pratica comunicativa primaria, ma è declinata in una direzione differente rispetto alla fase precedente: per agire sulla prevenzione delle ricadute il medico deve sorvegliare la gestione autonoma del paziente rispetto ai cambiamenti dei bisogni, declinati all'interno di una dimensione temporale. In altri termini, dopo aver raggiunto un compenso metabolico ottimale, il clinico lavora sul mantenimento del compenso in relazione alle condizioni di vita mutate e/o mutabili. La centralità del cambiamento delle condizioni di vita (emotive, cognitive e comportamentali) rispetto alla dimensione temporale diventa il perno attorno a cui costruire un colloquio integralmente basato sul dialogo deliberativo. La deliberazione in questa fase è lo strumento da utilizzare per mantenere un buon compenso in relazione alle mutate condizioni di vita.</p>

Come si è giunti alla creazione della lista

Le pratiche dialogiche indicate nella lista sono il frutto di un lavoro interdisciplinare tra diabetologi, linguisti e psicologi. A partire da un modello di matrice psicologica che lega le fasi del raggiungimento dell'autonomia e della proattività del paziente ai rispettivi bisogni comunicativi e relazionali (il Patient Health Engagement - PHE – Model; si veda Graffigna et al., 2013), si sono utilizzati i modelli dei tipi di dialogo sviluppati nella teoria dell'argomentazione per descrivere nello specifico come rispondere ai bisogni comunicativi dei pazienti nelle fasi di passaggio più critiche verso l'acquisizione di una piena autonomia. Le pratiche sono state approvate da un campione di medici diabetologi, esperti in comunicazione medica e considerati *opinion leader* nel loro settore (Delphi Consensus Technique).

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. 2009. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. <i>Brain</i> 132:617–27. 2. Shamay-Tsoory SG. 2011. The Neural Bases for Empathy. <i>The neuroscientist</i> 17(1):18–24. 3. Emmons KM, Rollnick S. 2001. Motivational Interviewing in Health Care Settings. Opportunities and Limitations. <i>American Journal of Preventive Medicine</i> 20(1): 68-74. 4. Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. <i>Psychological bulletin</i>, 136(2), 257. 5. Radley, A. (1994). <i>Making sense of illness: The social psychology of health and disease</i>. Sage.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arroliga AC, Newman S, Longworth DL; Stoller JK. 2002. Metaphorical Medicine: Using Metaphors To Enhance Communication with Patients Who Have Pulmonary Disease. <i>Annals of Internal Medicine</i> 137(5):376–379. 2. Casarett D, Pickard A, Fishman JM, Alexander SC, Arnold RM, Pollak KI, Tulsy JA. 2010. Can Metaphors and Analogies Improve Communication with Seriously Ill Patients? <i>Journal of Palliative Medicine</i> 13(3):255–260. 3. Epstein RM, Street RL. 2011. The values and value of patient-centered care. <i>Annals of Family Medicine</i> 9: 100-103.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Borgida E, Nisbett RE. 1977. The Differential Impact of Abstract vs. Concrete Information on Decisions. <i>Journal of Applied Psychology</i> 7(3):258–271. 2. Baca-Motes K, Brown A, Gneezy A, Keenan EA, Nelson LD. 2013. Commitment and Behavior Change: Evidence from the Field. <i>Journal of Consumer Research</i> 39(5): 1070-1084. 3. Locke EA, Latham GP. 2002. Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. <i>American Psychologist</i> 57(9): 705-717.
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Vries E, Lund K, Baker M. 2002. Computer-mediated epistemic dialogue: explanation and argumentation as vehicles for understanding scientific notions. <i>The Journal of the Learning Sciences</i> 11(1): 63-103. 2. Emanuel, E.J., & Emanuel, LL. 1992. Four models of the physician-patient relationship. <i>Jama</i> 267(16): 2221-2226. 3. Lemke JL. 1990. <i>Talking science: Language, learning, and values</i>. Norwood, NJ: Ablex Publishing.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. De Vries E, Lund K, Baker M. 2002. Computer-mediated epistemic dialogue: explanation and argumentation as vehicles for understanding scientific notions. <i>The Journal of the Learning Sciences</i> 11(1): 63-103. 2. Asterhan CSC, Schwartz BB. 2009. Argumentation and explanation in conceptual change: indications from protocol analyses of peer-to-peer dialog. <i>Cognitive Science</i> 33(3): 374-400. 3. Walton D, Toniolo A, Norman TJ. 2014. Missing Phases of Deliberation Dialogue for Real Applications. <i>Proceedings of the 11th International Workshop on Argumentation in Multi-Agent Systems</i>.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio", in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it

L'associazione Medici Diabetologi, AMD, fondata nel 1974, intende valorizzare in una visione sistemica ed etica il ruolo specifico ed unico del diabetologo e del "team dedicato" nel miglioramento continuo della cura alle persone con malattia metabolica e/o diabete, attraverso la formazione, la ricerca, il governo clinico, l'autonomia professionale, il rapporto con le istituzioni, le altre società scientifiche, le associazioni professionali e dei pazienti. [http://www.aemmedi.it/](http://www.aemmedi.it)

Il Dipartimento di Scienze linguistiche e letterature straniere dell'Università Cattolica promuove e coordina l'attività di ricerca in linguistica teorica, storica e applicata e negli studi letterari condotta nel campo delle lingue e culture straniere. http://dipartimenti.unicatt.it/scienze_linguistiche

Negli oltre 50 anni della sua storia il Dipartimento di Psicologia dell'Università Cattolica è stato il fulcro organizzatore di studi, ricerche e progetti di intervento in vari settori della psicologia, alcuni dei quali pionieristicamente attivati nel nostro Paese proprio in questa sede. <http://dipartimenti.unicatt.it/psicologia>