

Dialogo e patient-centred approach nelle visite in ambito oncologico: il punto di vista del personale medico

Elisa Rossi*, Daniele Urlotti*

The healthcare system has been concerned with the greater relevance of the humanization of care and communicative processes centered on the patient, dialogue and active listening. The authors' objective is to examine whether and which aspects regarding the dialogic form of interaction and the patient-centered approach become apparent within the medical personnel's representations. In order to do so, ten female doctors (six surgeons, two oncologists, and two radiotherapists) and two male oncologists were interviewed. Active and attentive listening is identified as an important means to gather information about the patients' health and needs, to build a relationship of trust; clarity and transparency are key aspects to orient to the patient. To enhance communicative effectiveness, the elements which are foregrounded as necessary are more training on dialogue and empathy, longer visits, less bureaucracy and a deeper knowledge relative to the specific clinical case prior to consultation.

Keywords: doctor-patient communication; patient-centred approach; dialogue; interviews with physicians; good communication; difficulties.

Parole chiave: comunicazione medico-paziente; approccio centrato sul paziente; dialogo; interviste con medici; buona comunicazione; difficoltà.

Introduzione

Il sistema medico-sanitario, anche in Italia, è interessato dalla crescente attenzione verso la cosiddetta umanizzazione delle cure, basata soprattutto su una comunicazione centrata sulla persona del paziente, sul dialogo e sull'ascolto attivo. Dalla fine del secolo scorso infatti si sono riconosciuti i limiti di interazioni mediche centrate sul medico e sulla malattia, che osservano e trattano il paziente solo come ruolo impersonale e standardizzato. Obiettivo principale di questo articolo è esaminare se e quali aspetti legati

* Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. elisa.rossi@unimore.it

L'articolo è frutto di una stretta collaborazione e di un lavoro congiunto fra l'autrice e l'autore. Introduzione e Conclusioni sono attribuiti a Daniele Urlotti, i restati paragrafi ad Elisa Rossi.

alla forma dialogica di interazione e al *patient-centred approach* emergono dalle rappresentazioni del personale medico, intervistato nell'ambito di un progetto di ricerca sulla comunicazione medico-paziente in campo oncologico. Dopo aver illustrato, da una prospettiva sistemico-costruttivista, le caratteristiche di suddetta comunicazione e del dialogo in particolare, si affronterà il dibattito sull'umanizzazione delle cure e sull'approccio centrato sul paziente. Successivamente, si presenteranno la metodologia di ricerca, i dati raccolti e i partecipanti allo studio, per poi analizzare le rappresentazioni dei dodici medici intervistati su ascolto attivo, buona comunicazione, ostacoli e difficoltà, azioni di miglioramento.

1. La comunicazione medico-paziente e il dialogo

Seguendo un approccio costruttivista, nella comunicazione i partecipanti comprendono le azioni dei loro interlocutori, co-costruiscono e coordinano i significati sociali che assegnano alla "realtà" osservata (Pearce, 1993). Da una prospettiva sistemica della società e della comunicazione (Luhmann, 1990), la visita medica può essere osservata come un sistema sociale, ossia come un *sistema di interazioni* nell'ambito del più ampio sistema comunicativo medico-sanitario. In quest'ultimo, le comunicazioni in generale, e le interazioni mediche specifiche al suo interno, presentano tre caratteristiche strutturali fondamentali: (1) l'orientamento primario dei contenuti ammessi e trattati riguarda la cura delle malattie; (2) il posizionamento dei partecipanti concerne in prevalenza i ruoli impersonali di professionisti medico-sanitari e pazienti, (3) le aspettative espresse sono primariamente normative, in quanto legate alle relazioni gerarchiche tra medico e paziente. Tale struttura contestualizza le interazioni medico-paziente come istituzionali, impersonali e asimmetriche. In tal senso, il sistema medico-sanitario è ancora in buona parte orientato al ruolo del medico e le visite tendono ad un approccio comunicativo *doctor-centred*, con i medici che esercitano il loro potere: da un lato, manifestando la loro autorità epistemica nell'accesso e nella produzione di conoscenza; dall'altro, controllando la partecipazione attiva, l'auto-espressione e l'*agency* (o capacità di scelta) dei pazienti (Heritage, Raymond, 2005; Roter, Hall, 2006).

Più nello specifico, l'approccio centrato sul medico si realizza nell'interazione attraverso il *monologo*, ossia una forma di comunicazione caratterizzata dal controllo degli interlocutori e dall'imposizione della propria prospettiva (Bohm, 2004; Littlejohn, Domenici, 2001; Wadensjö, 1998). La forma monologica di interazione prevede, di conseguenza, una mancanza di ascolto

delle diverse prospettive che potrebbero emergere durante le visite, di sensibilità per i sentimenti e i pensieri espressi da pazienti e accompagnatori, infine il posizionamento gerarchico associato ai ruoli.

All'opposto del monologo si può osservare il *dialogo*, definibile come una particolare forma di comunicazione basata su tre specifici presupposti strutturali (Baraldi, 2023; Bohm, 2004; Gergen *et al.*, 2001; Littlejohn, 2004; Pearce, Pearce, 2003): (1) la distribuzione equa della partecipazione attiva tra i parlanti (*equità*); (2) l'attenzione verso i propri interlocutori, soprattutto ai loro sentimenti, opinioni e narrazioni (*empatia*); (3) il riconoscimento, la comprensione e l'incoraggiamento di prospettive diverse e multiple (*empowerment*). Il dialogo assegna il primato all'autonomia personale come forma di posizionamento, alle aspettative affettive e al valore dell'espressione personale di opinioni, sentimenti, emozioni, esperienze e storie.

Con riferimento al sistema medico-sanitario, nel contesto internazionale Abramovitch e Schwartz (1996) richiamano la filosofia del dialogo di Martin Buber e teorizzano tre fasi del *medical dialogue*: (1) una fase iniziale di incontro personale, che avvia la relazione medico-paziente e prevede conferme reciproche delle rispettive unicità, a partire da reciprocità, fiducia e rispetto; (2) una seconda fase di esame medico, che richiede il passaggio da uno stile personale di interazione ad uno impersonale; (3) una fase finale, che implica l'integrazione dei risultati dell'esame medico nel dialogo in corso. Successivamente, altri studiosi (Roter, Hall, 2006; Zandbelt *et al.*, 2005) hanno descritto il dialogo medico come una comunicazione caratterizzata da reciprocità e scambio, nella quale i medici si posizionano come ruoli personalizzati, condividono le loro conoscenze con i pazienti, osservano i pazienti come a loro volta esperti e portatori di prospettive uniche e valide sul loro stato di salute, sulla loro qualità di vita.

Nel contesto italiano, si possono menzionare, tra gli altri: (a) studi concettuali, con finalità applicative di formazione al personale delle aziende sanitarie e agli studenti, sul miglioramento dell'organizzazione e delle competenze comunicative, soprattutto legate all'ascolto attivo ed empatico (Cocco, Tiberio, 2005); (b) studi empirici volti a mostrare l'importanza del dialogo per migliorare lo stato di salute del paziente ed accrescere l'efficacia della cura (Moja, Vegni, 2000); (c) studi empirici in cui vengono discusse e negoziate, diverse opzioni di trattamento dopo l'intervento di chirurgia senologica (Fatigante *et al.*, 2020); (d) studi empirici in ambito ginecologico e pediatrico, volte ad analizzare principalmente le aspettative costruite nell'interazione e le azioni dialogiche utilizzate dai professionisti per promuovere la partecipazione e l'*agency* dei pazienti anche nel produrre narrazioni (Rossi, 2021; 2022).

2. Umanizzazione della cura e approccio centrato sul paziente

Promuovendo la partecipazione attiva e l'auto-espressione del paziente, il dialogo rappresenta una forma di comunicazione orientata al paziente, inteso non più come ruolo impersonale e standardizzato. La visita medica che adotta un approccio dialogico e *patient-centred* intende basarsi sull'ascolto attivo, interessato ed empatico, delle diverse prospettive via via emergenti nell'interazione, sul riconoscimento, il rispetto e la fiducia reciproci, sulla condivisione con il paziente di dati medici chiari, ma anche di decisioni riguardanti la cura (Malatesta, 2021). A questo proposito, dalla fine del Novecento nelle società occidentali si è assistito alla cosiddetta "crisi umanistica" della medicina e alla cosiddetta "svolta affettiva", che hanno messo in evidenza i limiti di un approccio meramente istituzionale, impersonale e asimmetrico nell'interazione medico-paziente, nonché l'importanza dell'ascolto e delle emozioni, spingendo così a perseguire una comunicazione maggiormente incentrata sulla *persona del paziente* (von Raffler-Engel, 1989), a maggior ragione in ambito oncologico (Epstein, Street, 2007). L'umanizzazione della cura durante le visite dovrebbe essere implementata limitando gli aspetti tecnico-organizzativi-burocratici e promuovendo un processo di cura *patient-centred* e focalizzato sulla sua persona, con bisogni, emozioni e prospettive uniche (Busch *et al.*, 2019).

Anche in Italia dall'inizio del nuovo secolo ha preso piede una riflessione sulla medicina e sulla visita *centrata sul paziente* (Moja, Vegni, 2000). In tal senso, una diffusa sensibilità viene espressa verso la comunicazione interpersonale tra tutte le parti in causa, al fine di favorire un sistema medico-sanitario centrato sulla persona (Pasero, Ravazzi, 2006). L'umanizzazione e il *patient-centred approach* concorrono a migliorare la qualità delle cure (Cadeddu *et al.*, 2007); nel tentativo di passare dalla medicina basata sulle evidenze (EBM) ad una medicina basata sul paziente (PBM), si riconosce sempre di più il ruolo strategico di quest'ultimo (Ruggeri, 2010). Anche la formazione del personale medico e sanitario dovrebbe risentire di questo cambio di paradigma, sollecitando riflessioni sulle criticità di una medicina centrata solo sulla malattia e promuovendo strumenti teorici e operativi in un'ottica di medicina narrativa e centrata sul paziente (Marano, 2014).

3. Metodologia della ricerca

Obiettivo dello studio è esaminare se e quali aspetti legati alla forma dialogica di interazione e al *patient-centred approach* emergono dalle rappresentazioni del personale medico in merito alle visite (prime e di *follow up*) che svolgono nella loro *routine* clinica. A tal fine, sono state intervistate dieci mediche (di cui sei chirurghe, due oncologhe e due radioterapiste) e due medici (entrambi oncologi), reclutate nell'ambito di un progetto di ricerca locale che prevedeva anche videoregistrazioni di visite, nella consapevolezza che la comunicazione oncologica richieda un'attenzione più accorta e mirata ai bisogni, alle preoccupazioni e in generale alle emozioni, esperienze e narrazioni del paziente.

Lo strumento adottato è quello dell'intervista individuale semi-strutturata. Questo tipo di intervista, rigida e flessibile al contempo (Corbetta, 2014), è una tecnica di rilevazione qualitativa che presenta due caratteristiche principali. In primo luogo, è finalizzata a cogliere la prospettiva dei soggetti studiati o dei testimoni privilegiati di un fenomeno sociale: nel caso specifico qui in esame, l'interazione medico-paziente durante le visite in ambito oncologico. La finalità conoscitiva principale consiste nell'accesso non a verità oggettive, bensì alle costruzioni, interpretazioni o rappresentazioni dei soggetti studiati o dei testimoni privilegiati, in modo da produrre un ricco materiale semantico. In secondo luogo, l'intervista semi-strutturata presuppone che si colgano le categorie e le distinzioni dell'intervistato partendo da definizioni e concetti dati; dunque, possibilità di sviluppo e contenuti sono vincolati all'orientamento teorico della ricerca. L'intervista semi-strutturata è solo parzialmente strutturata e direttiva, poiché è prevista una certa flessibilità nell'utilizzo della traccia di domande e nella loro formulazione. Le modalità di conduzione possono cambiare da un'intervista a un'altra, da un ricercatore a un altro: chi intervista può proporre o rilanciare punti da tematizzare, o modificare l'ordine in cui vengono poste le domande (Flick, 2009; Hopf, 2004).

Con riferimento alla comunicazione medico-paziente, per lo più di ambito oncologico, si possono menzionare alcuni studi recenti che hanno utilizzato la tecnica dell'intervista semi-strutturata con i medici. Ad esempio, De Panfilis e colleghi (2019) hanno intervistato personale medico e infermieristico che assiste pazienti con malattie croniche avanzate, focalizzandosi su questioni etiche e i dilemmi morali. Robieux e colleghi (2018) hanno realizzato 25 interviste a medici oncologi esperti, sul fenomeno comunicativo dell'empatia. Più indietro nel tempo, Manghi (2005) ha invece svolto un'indagine

con interviste narrative a 55 medici ospedalieri e di base, al fine di dare spazio ai racconti dei medici circa le loro esperienze interattive con i pazienti e la loro interpretazione momento per momento durante le visite, con un'attenzione particolare alle sfide che possono portare i pazienti informati.

L'intervista semi-strutturata sottoposta ai dodici medici di ambito oncologico partecipanti allo studio da noi presentato si articola in tre aree tematiche. La prima è composta da due domande, sull'esperienza nel ruolo e sulla formazione ricevuta in merito alla comunicazione medico-paziente, e da altri due quesiti relativi ad eventuali indicazioni da seguire o vincoli imposti dall'ente ospedaliero. Le domande della seconda sezione sono volte a far emergere il punto di vista del personale medico intervistato su: (a) i punti di attenzione durante la visita; (b) le eventuali strategie comunicative elaborate per aprire l'incontro, formulare la diagnosi/stadiazione, prescrivere il trattamento e chiudere la visita; (c) il modo in cui i comportamenti dei pazienti agevolano il medico nella conduzione di una visita soddisfacente; (d) l'eventuale rilevanza assegnata alle iniziative e alle resistenze del paziente e degli accompagnatori e il modo di gestirle nella comunicazione; (e) l'eventuale importanza data all'ascolto del paziente e su quali aspetti (es. bisogni, paure). Le domande della terza e ultima area tematica mirano ad esplorare le rappresentazioni dei medici sulla buona comunicazione con il paziente e sui possibili ostacoli, le difficoltà che possono manifestarsi, le possibili azioni di miglioramento. Per motivi di spazio, e in linea con il piano teorico illustrato, in questo articolo ci si concentrerà sulla prima area tematica (cfr. §5) e sulla terza parte dell'intervista, con un focus però anche sull'ascolto del paziente da parte del medico (cfr. §6), in quanto presupposto strutturale del dialogo, pertanto selezionato dalla seconda parte della traccia di intervista.

4. Descrizione dei dati

Le interviste di seguito analizzate sono state realizzate nell'ambito di un progetto biennale di ricerca locale, finanziato nel 2022 dall'Università e dalla Fondazione del territorio di riferimento, dislocato nell'Italia del Nord. Il progetto ha raccolto un corpus di visite mediche video-registrate presso la Breast Unit della Struttura Complessa di Chirurgia Oncologica e Senologica di uno degli ospedali locali e un corpus di interviste al personale medico, in cui i medici sono stati direttamente coinvolti nella riflessione sugli aspetti legati alla comunicazione orientata al paziente.

Le interviste, svolte da remoto tra fine dicembre 2023 e inizio marzo 2024, sono state tutte audio-registrate previo consenso informato dei partecipanti, che hanno aderito su base volontaria, dopo essere stati videoregistrati durante le visite nel quadro del progetto. I colloqui sono stati tutti trascritti integralmente; in alcuni casi sono state applicate delle convenzioni di trascrizione proposte dalla metodologia dell'Analisi della Conversazione, o CA (Jefferson, 1996).

5. I partecipanti

Nel complesso, sono state intervistate dodici persone: dieci mediche, di cui sei chirurghe, due oncologhe e due radioterapiste, unitamente a due medici, entrambi oncologi. L'esperienza nel ruolo è molto variegata, considerando anche l'ampio spettro di età dei soggetti: gli anni in cui hanno ottenuto le specializzazioni spaziano infatti dal 1994 al 2017. Tutti gli intervistati sono, inoltre, attualmente dirigenti medici (di I livello).

La maggior parte delle persone intervistate non ha ricevuto alcuna formazione sulla comunicazione medico-paziente durante gli anni universitari, fruendo solo di corsi interni alla Breast Unit in cui lavorano, e talvolta di corsi su piattaforme regionali. Le altre partecipanti al progetto segnalano corsi periodici facoltativi e per interesse personale, proposti ad esempio dalle aziende farmaceutiche, o richiesti dall'European Society of Breast Cancer Specialists. Un'unica medica (chirurga) segnala di aver seguito già durante il primo corso di studi universitari un corso sulla comunicazione medico-paziente che prevedeva anche l'uso di giochi di ruolo, mentre un'altra dottoressa (radioterapista) riporta di aver frequentato un corso durante la scuola di specializzazione.

Dalla prima parte dell'intervista emerge, inoltre, come la struttura ospedaliera di riferimento non disponga di Linee Guida specifiche sulla comunicazione medico-paziente né fornisca una scaletta precisa da seguire durante le visite. Tutte le persone intervistate riferiscono a questo proposito di seguire una loro "scaletta mentale" che può anche essere flessibile e personalizzata, in base allo specifico paziente. L'orientamento al paziente riaffiora anche a proposito dei tempi di visita: se la struttura ospedaliera di afferenza fornisce indicazioni precise sul tempo da concedere alle prime visite (30-45 min) e alle successive (15 min), tutte le persone intervistate sottolineano come queste siano seguite in modo flessibile, in considerazione della complessità del caso clinico affrontato e dei bisogni (informativi, emotivi, ecc.) del paziente e/o del *care-giver*.

6. Ascolto e buona comunicazione

6.1. *L'ascolto del paziente da parte del medico*

Nel corso dell'intervista, è stato chiesto ai partecipanti di esprimersi rispetto al loro modo di concepire l'importanza dell'ascolto attivo delle istanze presentate dai pazienti, in particolare donne, riferendosi lo studio ad una Breast Unit. La motivazione principale di tale importanza, secondo l'opinione di cinque medici (D1, D2, D3, D9, D10), risiede nel fatto che tale ascolto attivo permette di acquisire informazioni che possono risultare fondamentali per la definizione e l'accettazione della terapia. Una delle dottoresse (D9) cita anche un aneddoto in cui, solo grazie all'ascolto attento, si è riusciti a superare il rifiuto di una paziente a ricevere le cure adeguate:

lei mi ha detto guardi però se mi dice chemioterapia io non la faccio e semplicemente gli ho chiesto ma signora posso chiederle perché e lei mi ha raccontato che una sua amica era morta molto giovane era stata molto male con la chemioterapia e quindi lei aveva detto che non sarebbe morta così (.) e in quel momento lì ho capito qual era il suo problema e:: (.) andandole a spiegare che (.) innanzitutto erano malattie diverse erano tempi diversi ci sono cure migliori che non avremmo fatto nulla (.) sul quale lei non fosse stata d'accordo (.) che se anche ci fosse stato da fare la chemioterapia (.) se lei non voleva avremmo cercato delle alternative cioè il fatto di accogliere la sua preoccupazione l'ha portata poi a fare una terapia e a non scappare da dov'era (D9).

Altre mediche adducono motivazioni diverse per giustificare l'importanza dell'ascolto: esso può servire a corroborare il rapporto con il paziente, poiché permette di costruire conoscenza e fiducia reciproche (D5); un altro aspetto segnalato è che quando una paziente non si sente ascoltata dai medici tende a non fidarsi di essi (D4).

L'ascolto è importante anche per individuare quelle pazienti la cui tendenza al silenzio segnala in realtà il loro bisogno di essere ascoltate (D4, D6). Grande attenzione viene posta, da quasi la metà dei medici partecipanti (D3, D5, D8, D11, D12), all'ascolto delle paure delle pazienti. Tra le più citate troviamo la paura di perdere l'autonomia e/o dei cambiamenti estetici post-trattamento (D8), la paura di ritrovarsi soli ad affrontare gli effetti collaterali delle cure (D11) e la preoccupazione per la conservazione di ovuli fertili che permettano future gravidanze (D12).

In merito all'ascolto e alla gestione delle paure, due dottoresse (D7, D10) sollevano il problema delle competenze specifiche che sono necessarie per poterle gestire correttamente, motivo per cui entrambe, in caso di necessità, reindirizzano le pazienti con esigenze particolari agli psicologi.

In tal senso, è interessante notare che dalla ricognizione sull'importanza dell'ascolto attivo nel creare un rapporto positivo (come evidenziato dalla letteratura sul dialogo nel §1) emergono sì i motivi di tale importanza ma non i modi in cui si ritiene di praticarlo, ad esempio attraverso azioni dialogiche quali ripetizioni, feedback minimi e riformulazioni (cfr. Rogers, Farson, 2015).

6.2. Le caratteristiche di una “buona” comunicazione medico-paziente

Nell'ultima parte dell'intervista, la maggior parte dei rispondenti indica varie caratteristiche quali centrali per la comunicazione efficace. Chiarezza e trasparenza nelle informazioni fornite al paziente si evidenziano come gli aspetti più rilevanti per sette medici, in combinazione ad altri fattori che, richiamando il quadro teorico da noi descritto in precedenza, rimandano ad un approccio dialogico (cfr. §1), ma anche indirettamente al *patient-centred approach* (cfr. §2). Gli altri cinque medici segnalano invece in prima battuta proprio aspetti dialogici: apertura, disponibilità, ascolto, costruzione di fiducia, orientamento alla specificità del paziente. Più nel dettaglio, quattro intervistati ritengono fondamentali: la chiarezza nelle informazioni che si forniscono, combinata ad una verifica della comprensione del paziente su quanto è stato detto (D1); la percezione che non ci sia fretta e che si conosca non solo la materia ma anche il caso specifico (D6); l'orientamento alla complessità e alla vita del paziente (D9); l'ascolto di paure e dubbi, e disponibilità a parlare al di fuori dell'orario di visita (D11):

secondo me bisogna comunque essere chiari nell'esporre le motivazioni e il senso di quello che stiamo proponendo eh:: il saper ascoltare anche quindi comunicare: (.) la nostra parte ma metterci anche in ascolto di quelle che sono le paure ehm: i dubbi soprattutto del paziente e: mh anche la disponibilità quindi bisogna far capire cioè io mi rendo sempre disponibile (D11).

Gli altri tre medici ritengono fondamentali chiarezza e onestà, senza mai omettere nulla né della malattia, né della cura (D4), in particolare dei problemi che certi trattamenti possono dare (D12), o spiegando tutto il percorso, mostrando di conoscere il caso specifico e di prenderlo in carico, in modo da tranquillizzare la paziente (D5) e creare fiducia (Malatesta, 2021).

Per quanto invece riguarda le cinque mediche che rilevano esclusivamente l'importanza del dialogo durante la visita, quattro di queste citano l'ascolto del paziente (D8), l'apertura e la disponibilità nei suoi confronti (D10), l'orientamento alla specificità del paziente in termini di problematiche, paure, ecc. (D3), infine la fiducia reciproca (D2). La restante professionista (D7) dichiara di mostrarsi al paziente né troppo distaccata né troppo amichevole, anche per smontare il pregiudizio di genere sulle donne chirurghe, e così costruire fiducia. Da notare che il ruolo di un eventuale accompagnatore, ad esempio al momento di una diagnosi infausta, non viene menzionato tra gli aspetti centrali per una comunicazione efficace, mentre invece, come mostreremo nel prossimo paragrafo, viene citato tra gli aspetti ostacolanti.

7. Ostacoli, problemi, prospettive

7.1. Ostacoli e problemi nella comunicazione con il paziente

In questo caso, otto rispondenti su dodici, rilevano problematiche direttamente ascrivibili al paziente, in particolare ansie e paure, che inibiscono la comprensione di quanto viene trasmesso (D5, D7, D8, D9), sue resistenze alla medicina tradizionale (D2), difficoltà linguistiche (D3), mancanza di ascolto e fiducia verso il medico (D10, D11):

beh quando:: la paziente è particolarmente diffidente mh: è difficile che trovi proprio degli ostacoli enormi cioè: delle volte è stato molto difficile però credo che poi alla fine siam sempre riuscite a creare un buon sistema comunicativo (.) eh il clima buono è fondamentale però (.) le pazienti che entrano con uno stato eccessivo di ansia che cercano di: cioè di non voler recepire le informazioni che dai perché poi ritornano sempre allo stesso punto come se tu non avessi mai parlato sono molto faticose [...] (D7).

Inoltre, tre di questi otto professionisti, individuano anche nell'accompagnatore (le sue ansie e paure, il parlare al posto del paziente) un ostacolo alla comunicazione efficace (D2, D3, D5). I restanti quattro medici segnalano invece il contesto della visita (ambulatorio, telefonate improvvise, altre distrazioni, interruzioni, poche risorse, ecc.) (D1 e D12), unito a resistenze del paziente alla comunicazione e al trattamento (D4) o a barriere linguistiche con pazienti migranti (D6). Interessante anche che due mediche (D5 e D9) riportino che, in caso di ansie e paure del paziente, si forniscono loro poche informazioni mirate e si segnala loro il supporto psicologico nella struttura.

La domanda sui problemi che i medici intervistati rilevano durante le visite e a partire dalla propria esperienza professionale evidenzia uno spettro di risposte molto variegato: lo stato emotivo del medico, tra l'empatia e il distacco (3 risposte), la comunicazione della "cattiva diagnosi" (2), le difficoltà nel capire se la comunicazione ha avuto successo (2), la resistenza del paziente (2), un accompagnatore ostacolante (1), la comunicazione di un cambio diagnosi (1), la difficoltà di farsi percepire professionalmente e al contempo empatica, in quanto medico donna (1). Nello specifico, lo stato emotivo del professionista, sia quello con cui si arriva alla visita, sia quello con cui si affronta la comunicazione della diagnosi, viene evocato tra le principali difficoltà da D3, D4, D7:

mah a volte può essere qualcosa dovuto a me quindi ecco trovo difficoltà (.) a comunicare già una (.) diagnosi difficile quando io se magari ho uno stato d'animo un pochino particolare all'inizio della conversazione quindi (.) cerchi sempre ovviamente di mettere da parte (.) quelle che sono le tue: emozioni le tue sensazioni le tue difficoltà quando entri (.) in ospedale questo è ovvio poi siamo delle persone quindi non è che sempre riesci (.) a farlo (D3).

Altri due medici riportano come sia particolarmente problematico da un punto di vista emotivo comunicare la "cattiva prognosi" (ossia impossibilità di cura ed accompagnamento al fine vita) al paziente e/o al suo familiare (D1), a maggior ragione quando non ci si sente adeguatamente formati in tal senso (D11):

tu devi dire che la situazione sta precipitando (.) ehm le parole non sono mai giuste e un minimo di speranza probabilmente la devi (.) comunque (.) lasciare ehm e questo è difficile è difficile capire quanto il paziente abbia percepito e quanto voglia sapere questo (D1).

La difficoltà nel capire se la comunicazione abbia avuto successo, dunque se diagnosi, cura e prognosi siano state comprese, viene segnalata da due mediche: vuoi per il livello di italiano come L2 (seconda lingua) delle pazienti migranti e la mancanza di un servizio di mediazione efficace, vuoi per l'età ed eventuali patologie psichiatriche pregresse delle pazienti (D8), vuoi per una probabile reticenza del paziente nel comunicare che non ha capito (D9). Altri due medici invece individuano la principale difficoltà nella resistenza del paziente ad accettare la terapia e/o uno o più dei suoi effetti collaterali (D10) o il rapporto non sempre semplice tra il beneficio reale della cura e il rischio morte (D12). Infine, si registrano alcune altre difficoltà: un accompagnatore ostacolante e la resistenza del paziente verso la medicina tradizionale (D2); il rischio

che la paziente interpreti una nuova diagnosi più negativa come un errore medico (D5); la difficoltà di farsi percepire professionale e al contempo empatica in quanto medico donna (D6).

7.2. Prospettive per il futuro

Relativamente alle proposte di miglioramento della comunicazione medico-paziente nel futuro prossimo, nove intervistati su dodici indicano come aspetto problematico la scarsa formazione ricevuta sulla comunicazione e sull'empatia, segnalandone la persistenza purtroppo (Cocco, Tiberio, 2005), seguita dalla troppo breve durata di molte visite, un fattore questo segnalato da sei partecipanti. Ad esempio, D1 e D2 suggeriscono di aumentare il tempo della visita e di seguire corsi di formazione specifici su come comunicare col paziente. D9, oltre ad avere più tempo per ciascun paziente e a ricevere una formazione specifica sulla comunicazione e la gestione delle emozioni negative (paura e rabbia *in primis*), riterrebbe opportuno ridurre o cambiare le modalità delle visite multiprofessionali, molto impattanti e poco rilassanti per il paziente, a suo avviso. Per D6, al contrario, sarebbe importante potenziare le visite congiunte, oltre ad aumentare il tempo della visita, ricevere una formazione specifica sulla comunicazione, nonché avere degli schemi visivi con cui spiegare al meglio al paziente l'intervento che si andrà a fare. Per D8 sarebbe importante aumentare il tempo della visita e fare meno incontri in un giorno. D5, da parte sua, aggiunge all'aumento del tempo delle visite, soprattutto quelle multidisciplinari, il fatto di conoscere già tutto del caso clinico specifico, per tranquillizzare la paziente:

[...] e poi: a me piace molto il fatto che (.) che le pazienti vengano da noi e che noi sappiamo già tutto di loro del caso clinico perché lo percepisco subito che (.) sanno chi hanno davanti (.) questo in generale vedo che non è: comune (.) secondo me quando (.) tu vedi che hai davanti a te uno che non ha la più pallida idea del tuo caso la paziente lo percepisce subito (D5).

Sul fronte della formazione, cinque medici chiedono corsi per potenziare l'empatia verso i pazienti (D3) e per migliorare i modi di comunicare la diagnosi (D10), mentre altri tre medici abbinano la richiesta di maggiore formazione alla riduzione della parte burocratica e silenziosa della visita (compilazione scheda clinica al pc) (D7) in ottica di umanizzazione, al supporto psicologico durante la visita (D11), al passaggio al modello americano delle visite,

in cui sono i medici che vanno dal paziente, non il contrario (D12), indicando un *patient-centred approach* più deciso (Busch *et al.*, 2019):

a livello istituzionale la cosa che io farei unificare non siamo in America ma farei un Breast Cancer Center cioè direttamente la paziente entra lì c'ha tutto senza che si perda nell'ambito dei labirinti di ospedali italiani cioè il modello americano essenzialmente e soprattutto quello che cambierei [...] è che il medico entra dal paziente non è il paziente che entra dal medico (D12).

Infine, per una medica (D4) sarebbe importante ricevere dall'istituzione di appartenenza un supporto psicologico per gestire le emozioni dei pazienti e indagare come i pazienti osservano il modo di comunicare dei professionisti durante la visita.

Conclusioni

Dall'analisi delle interviste emerge che per una buona comunicazione medico-paziente occorre puntare principalmente su chiarezza, sincerità e trasparenza nel fornire informazioni, e su una forma di interazione caratterizzata da aspetti dialogici: ascoltare in modo attento e interessato, essere aperti e disponibili, orientarsi alla specificità del paziente (problemi, paure, richieste, ecc.), creare fiducia reciproca, essere professionali e al contempo empatici. Al di là degli aspetti ostacolanti derivanti dal contesto di visita, le altre difficoltà emotive e comunicative legate al paziente, al *care-giver* e al professionista stesso potrebbero essere quanto meno arginate attraverso un approccio dialogico, volto in primis a potenziare scambio, comprensione reciproca e fiducia durante le visite. Per migliorare l'efficacia della comunicazione, gli intervistati manifestano il bisogno di maggiore formazione proprio sulla comunicazione empatica e dialogica, unitamente a tempi più prolungati e flessibili per le visite, alla riduzione degli aspetti burocratici, allo studio attento del caso clinico specifico prima della consultazione, in linea con gli studi precedenti qui riportati.

Considerando che la maggior parte delle persone intervistate non ha ricevuto una specifica formazione sulla comunicazione medico-paziente né durante gli anni universitari, né durante la scuola di specializzazione, fruendo solo di corsi interni organizzati localmente, i risultati dell'analisi presentata in questo articolo confermano la necessità di prevedere/incrementare durante l'università e la specializzazione corsi formativi su come si può facilitare il dialogo durante le visite, dunque formando: all'ascolto attivo, attento, interessato ed empatico; alla costruzione di comprensione e fiducia reciproche;

all'orientamento ai bisogni e alle preoccupazioni del paziente inteso come persona unica e dotata di *agency*, non solo come ruolo standardizzato e passivo; infine, al come comunicare una “cattiva diagnosi” e/o “una cattiva prognosi” in modo chiaro, trasparente e al contempo empatico.

Bibliografia

- Abramovitch H., Schwartz E. (1996). Three stages of medical dialogue. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 17: 175-187. DOI: 10.1007/bf00539739
- Baraldi C. (2023). Agency in and for Mediating in Public Service Interpreting. In: Gavioli L. and Wadensjö C., eds., *The Routledge Handbook of Public Service Interpreting*. London: Routledge.
- Bohm D. (2004). *On dialogue*. London: Routledge.
- Busch I.M., Moretti F., Travaini G., Wu A.W., Rimondini M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *Patient*, 12: 461-474. DOI: 10.1007/s40271-019-00370-1
- Cadeddu A., D'Aloja E., Faa G., Fanos V., Granese A., Rutelli P., a cura di (2007). *Qualità e sanità: un dialogo per l'umanizzazione. Filosofia, pedagogia, medicina e psicologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Cocco G., Tiberio A. (2005). *Lo sviluppo delle competenze relazionali in ambito socio-sanitario*. Milano: FrancoAngeli.
- Corbetta P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- De Panfilis L., Di Leo S., Peruselli C., Ghirotto L., Tanzi S. (2019). “I go into crisis when ...”: Ethics of care and moral dilemmas in palliative care. *BMC Palliative Care*, 18: 1-8. DOI: 10.1186/s12904-019-0453-2
- Epstein R.M., Street R.L.Jr. (2007). *Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering*. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Fatigante M., Heritage J., Alby F., Zuccheromaglio C. (2020). Presenting treatment options in breast cancer consultations: Advice and consent in Italian medical care. *Soc Sci Med.*, 266: 113175. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113175
- Flick U. (2009). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.
- Gergen K.J., McNamee S., Barrett, F. (2001). Towards transformative dialogue. *International Journal of Public Administration*, 24: 697-707. DOI: 10.1081/PAD-100104770
- Heritage J., Raymond G. (2005). The terms of agreement: Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 68: 15-38. DOI: 10.1177/019027250506800103
- Hopf C. (2004). Qualitative interviews: An overview. In: Flick U., von Kardoff E., Steinke I., eds., *A companion to qualitative research*. London: Sage.
- Jefferson G. (1996). A case of transcriptional stereotyping. *Journal of Pragmatics*, 26: 159-170. DOI: 10.1016/0378-2166(96)00010-0

- Littlejohn S.W. (2004). The transcendent communication project: Searching for a practice of dialogue. *Conflict Resolution Quarterly*, 21: 337-359. DOI: 10.1002/crq.66
- Littlejohn S.W., Domenici K. (2001). *Engaging communication in conflict: Systemic practice*. Thousand Oaks: Sage.
- Luhmann N. (1990). *Sistemi sociali. Fondamenti di una teoria generale*. Bologna: il Mulino.
- Malatesta M., a cura di (2021). *L'invenzione della fiducia*. Roma: Viella Libreria Editrice.
- Manghi S. (2005). *Il medico, il paziente e l'altro*. Milano: FrancoAngeli.
- Marano P. (2014). *Formare un medico oggi. Salute, malattia e assistenza sanitaria in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Moja E., Vegni E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffello Cortina Editore.
- Pasero G., Ravazzi P.A. (2006). *Per un sistema sanitario centrato sulla persona. La riforma Bindi e la sua applicazione nella Regione Piemonte*. Milano: FrancoAngeli.
- Pearce B.W. (1993). *Comunicazione e condizione umana*. Milano: FrancoAngeli.
- Pearce W.B., Pearce K.A. (2003). Taking a communication perspective on dialogue. In: Anderson R., Baxter L.A., Cissna K.N., eds., *Dialogue: Theorizing difference in communication studies*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Robieux L., Karsenti L., Pocard M., Flahault C. (2018). Let's talk about empathy! *Patient Education and Counseling*, 101: 59-66. DOI: 10.1016/j.pec.2017.06.024
- Rogers C.R., Farsons R.E. (2015). *Active Listening*. Eastford, CT: Martino Fine Books.
- Rossi E. (2021). The social construction of gender in medical interactions: a case for the perpetuation of stereotypes? *Health Communication*, 36: 1125-1135. DOI: 10.1080/10410236.2020.1735698
- Rossi E. (2022). Il dialogo medico nelle interazioni pediatriche. Azioni comunicative per promuovere la partecipazione attiva e l'approccio centrato sul paziente. *Salute e Società*, 21: 165-179. DOI: 10.3280/SES2022-002012
- Roter D.L., Hall J.A. (2006). *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. Westport, Connecticut-London: Praeger.
- Ruggeri F. (2010). *Quale salute per chi. Sulla dimensione sociale della salute*. Milano: FrancoAngeli.
- von Raffler-Engler W. (1989). *Doctor-patient interaction*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Wadensjö C. (1998). *Interpreting as interaction*. London: Routledge.
- Zandbelt L., Smets E., Oort F., de Haes H. (2005). Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 61: 661-671. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.12.006