L'empowerment del clinico come strumento per supportare l'engagement del paziente: descrizione di un percorso di formazione innovativo per il miglioramento delle competenze comunicative dei diabetologi

AUTORI: **Sarah Bigi** (Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano), **Maria Grazia Rossi (**Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano), **Silvia Soldatesca** (ASST Santi Paolo e Carlo, Dipartimento Salute Mentale Presidio San Paolo, Università degli Studi, Milano), **Paolo Di Berardino** (Unità Operativa Complessa Medicina, USL Pescara), **Renato Giordano** (UOC Diabetologia e Dietologia ASL Roma1), **Giuliana La Penna (**UOC Endocrinologia e Metabolismo, Ospedale Santo Spirito AUSL Pescara), **Sergio Leotta** (UOC Dietologia e Diabetologia, Ospedale S. Pertini, Roma), **Mariano Agrusta** (Diabetologia e Dietologia, Clinica Ruggiero ASL Salerno), **Natalia Visalli** (UOC Diabetologia e Dietologia ASL Roma1)

Email: sarah.bigi@unicatt.it

PREMESSA – COLLOQUIO MEDICO COME INCONTRO INTERCULTURALE:

Nel processo di engagement del paziente cronico le capacità comunicative sono fondamentali, ma sono messe alla prova dalla difficoltà posta dall'asimmetria di conoscenze tra medico e paziente, per cui il colloquio medico è stato definito 'incontro interculturale'. In questo senso, quando si incontrano nel contesto della visita medica, clinico e paziente appartengono a due 'comunità culturali' diverse e parlano 'lingue' diverse: la lingua della medicina e la lingua della 'vita'. I fattori contestuali possono essere talmente forti da rendere difficile per il clinico rendersi conto di parlare una 'lingua' che è incomprensibile per il paziente.

COME COSTRUIRE UNA CONOSCENZA CONDIVISA?

DIABETOLOGO

- Testo
- Testo
- Testo

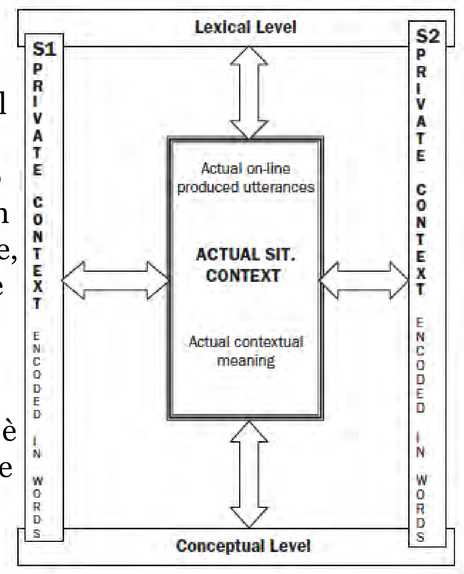
STRUMENTI LINGUISTICI PER L'EMPOWERMENT DEL CLINICO

PAZIENTE

- Testo
- Testo
- Testo

MODELLO DEL SIGNIFICATO KECSKES

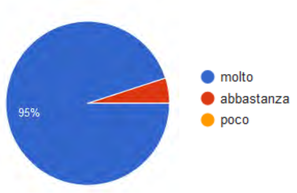
I significati sono il risultato dell'interazione tra il contesto personale del parlante e quello dell'ascoltatore in un contesto situazionale, così come esso viene interpretato dagli interlocutori.
Se tale interpretazione non è condivisa, facilmente sorgeranno incomprensioni.



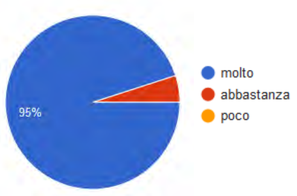
THE DYNAMIC MODEL OF MEANING, KECSKES, 2013.

QUESTIONARIO PRE-CORSO

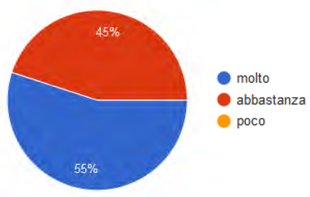
Quanto conta la competenza comunicativa del clinico nel processo di motivazione dei pazienti?



Quanto conta la dimensione verbale della comunicazione per la buona riuscita del colloquio con i pazienti?



Quanto influisce il contesto ambulatoriale (od ospedaliero) sulle scelte comunicative sia tue che dei tuoi pazienti?



Una comunicazione empatica si ottiene prestando attenzione in particolare a:

VANTAGGI della COMUNICAZIONE EMPATICA rispetto a:

Aderenza terapeutica
Condivisione obiettivi, decisioni, percorso di cura
Costruzione di una relazione di fiducia tramite comprensione e ascolto attivo
Possibilità di vedere le cose con gli occhi del paziente
Possibilità di ridurre barriere e preconcetti, migliorare la comprensione
Alleanza terapeutica

IL LABORATORIO ESPERIENZIALE DI COMUNICAZIONE VERBALE

L'intero evento formativo costituisce una riflessione sul **ruolo della comunicazione verbale** all'interno della deliberazione condivisa, quest'ultima intesa come strategia cardine **per raggiungere l'obiettivo del *patient engagement*** e, conseguentemente, dell'aderenza terapeutica e a stili di vita corretti.

PARTECIPANTI

30 medici diabetologi, già partecipanti a corsi di primo livello della Scuola di Formazione AMD

TEMI DEL CORSO

- Comunicazione non verbale vs. Comunicazione verbale
- Ruolo del contesto
- Decisione condivisa e struttura argomentativa
- Metafora come strumento cognitivo
- Engagement empatico

METODI

Nella costruzione di questo corso siamo partiti dall'ipotesi che la metodologia utilizzata nell'apprendimento della lingua straniera può essere efficace per irrobustire la consapevolezza del clinico nell'utilizzo degli strumenti linguistici.

- Filling the blanks
- Produzione testuale in contesti diversi
- Analisi di video
- Analisi di trascritti
- Theatrical

FEEDBACK

Il feedback dei partecipanti, misurato in base a un questionario di soddisfazione, è stato complessivamente molto buono. I partecipanti sono stati chiamati a valutare la rilevanza degli argomenti, la qualità delle competenze e la qualità espositiva dei docenti, l'organizzazione dell'evento formativo.
In particolare, **gli argomenti trattati** sono stati considerati altamente rilevanti dal 95% dei rispondenti.
La stessa percentuale ha riguardato la valutazione molto positiva della **metodologia formativa** e dell'evento nel suo complesso.

LIMITAZIONI

Aspetti migliorabili: un orario meno ristretto, più discussione dopo alcune relazioni, tutto troppo in fretta, troppi argomenti, tempi troppo stretti, più tempo per i lavori, terminologia psicologica tecnicamente elevata non necessariamente accessibile al clinico.

BIBLIOGRAFIA

testo

Dialogical intentions	Topics	Codes
Information sharing	*personal*	1
	procedural	2
	clinical	3
Proposal	*clinical*	4
	procedural	5
Persuasion		6
Other		7

Information sharing

- personal (rapport building; exchange of info on P's personal life, habits, preferences, beliefs, emotions; info (clinical or not) regarding other people)
- procedural (exchange of info on: calendar; medical exams; administrative issues; technical issues (use of medical devices); relevant objects in the consultation (previous exams, devices, diary, etc.))
- clinical (exchange of relevant info on the disease at issue, such as: symptoms; biomedical parameters; altered life conditions reported by P; prescriptions of clinical exams; results of previously prescribed exams; explanations related to the disease; clarifications of medical terminology)

1

FINAL REMARKS

LIMITATION OF THE STUDY:

NEXT STEPS:

Collegare indici di patient centerdness alla qualità della deliberazione in ciascuna visita. E anche gli indici di comunicazione non verbale (tipo global affect rating) – interessante per dare conferma a ruolo comunicazione non verbale già mostrato in letteratura (per essere

42

UTTERANCES

MICROLINGUISTICS LEVEL

VERBAL & NONVERBAL COMMUNICATION

RIAS

DESCRIPTION OF RIAS AND MEDA

RIAS

MEDA

VERBAL & NON-VERBAL COMMUNICATION

VERBAL COMMUNICATION

DESCRIPTION OF THE MEDA'S CATEGORIES

MICROLINGUISTICS LEVEL

UTTERANCES

42

PATIENT-CENTERED MEASURE / GLOBAL AFFECT RATING

MACROLINGUISTICS LEVEL

DIALOGICAL MOVES

7

QUALITATIVE MEASURE OF DIALOGICAL STRUCTURE

METHOD

EVALUATED COMMUNICATION CLUES

LEVEL OF ANALYSIS

UNITY OF ANALYSIS

OF CATEGORIES

MEASURE

(1): INFORMATION SHARING PERSONAL

passaggi di rapport building
scambio di informazioni sulla vita personale del paziente, convinzioni, preferenze, stati emotivi, informazioni – anche cliniche – relative ad altre persone (familiari, amici, conoscenti)
NB: in ogni caso, le informazioni incluse nella categoria *personal* sono tali perché suscitano reazioni (i.e. mosse dialogiche) che non attribuiscono ad esse una rilevanza clinica / NON rientrano in questa categoria le formule convenzionali (per es., saluti all'inizio e alla fine, formule di cortesia, ecc.).

(2): INFORMATION SHARING PROCEDURAL

scambi di informazione su aspetti:
organizzativi (es., quando fare la prossima visita, quando/dove/come fare i prossimi esami specialistici…),
logistici (es., dove sono gli esami che ho fatto, dove sono i fogli che ho portato…),
burocratici, cioè necessari alla gestione 'amministrativa' della malattia (es., come avere l'esenzione, firma del consenso informato, dove andare a pagare il ticket o a prendere appuntamenti),
tecnici (es., addestramento all'uso di device medici).

(3): INFORMATION SHARING CLINICAL

scambi di informazione su aspetti rilevanti per la malattia in questione:
sintomi, parametri biomedici, condizioni di vita alterate riferite dal paziente,
prescrizione di esami specialistici, esito degli esami specialistici già prescritti,
spiegazioni relative al funzionamento della malattia o chiarimento di terminologia specialistica.

(4): CLINICAL PROPOSAL

mosse dialogiche che esprimono una raccomandazione, propos
della proposta, contro-proposta riguardo alla malattia.
Queste mosse sono riconoscibili anche perché spesso hanno
persuasive. In questo caso, potrebbero essere indizio di una fase
un livello più alto, quello dei blocchi, come clinical deliberat
minimo almeno una tra le fasi 1, 2, 3 e potrebbe includere anche

(5): PROCEDURAL PROPOSAL

mosse dialogiche che esprimono una raccomandazione, proposta, accettazione e/o rifiuto della proposta, contro-proposta riguardo aspetti:
organizzativi (quando fare la prossima visita),
logistici (dove sono gli esami che ho fatto, dove sono i fogli che ho portato…),
burocratici necessari alla gestione 'amministrativa' della malattia (come avere l'esenzione, firma del consenso informato, dove andare a pagare il ticket o a prendere appuntamenti),
tecnici (addestramento all'uso di device medici).
Queste mosse sono riconoscibili anche perché spesso hanno l'effetto di generare mosse persuasive. In questo caso, potrebbero essere indizio di una fase del dialogo categorizzabile a un livello più alto, quello dei blocchi, come procedural deliberation (e che incorpora come minimo almeno una tra le fasi 1, 2, 3 e potrebbe includere anche una o più fasi 6)

(6): PERSUASION

argomenti a supporto di o contro la desiderabilità, ragionevolezza e accettabilità di un'idea o un comportamento.

(7): OTHER

tutto ciò che non rientra nelle categorie precedenti e che non è rilevante dal punto di vista dialogico (vedi concetto di dialogical relevance definito in relazione al contesto di interazione).

METHOD

- We conducted a preliminary analysis using RIAS and MeDA on ten consultations in Medically Assisted Procreation (MAP), focusing in particular on the assessment of deliberation sequences. The MeDA analysis was conducted manually and then uploaded in the RIAS software. A total of three coders worked on the analysis: DL, MGR, FM.
- MGR performed the coding for both methods.

METHOD

We conducted a preliminary analysis using RIAS and MeDA on ten consultations in Medically Assisted Procreation (MAP), focusing in particular on the assessment of deliberation sequences. The MeDA analysis was conducted manually and then uploaded in the RIAS software. A total of three coders worked on the analysis: DL, MGR, FM.
MGR performed the coding for both methods.