



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori MAUTONE, MARINELLO, ROMANO, GAUDIANO,
DI MICCO, PESCO, CASTIELLO, ANGRISANI, DE LUCIA e CROATTI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 22 SETTEMBRE 2020

Disposizioni per l'introduzione di insegnamenti in materia di ottimizzazione delle modalità gestionali e comunicative nel rapporto tra medico e paziente nei corsi di laurea dell'area medico-sanitaria

ONOREVOLI SENATORI. — Il colloquio tra medico e paziente rappresenta un momento fondamentale, sia nell'ambito del ricovero ospedaliero sia in quello ambulatoriale, per diverse e importanti ragioni, quali ricavare informazioni anamnestiche ai fini della diagnosi, instaurare una relazione terapeutica e garantire, così, l'aderenza alla cura da parte del paziente, nonché rendere edotto il paziente, insieme con i suoi familiari e congiunti, sull'andamento della malattia.

Al raggiungimento di tali obiettivi si frappongono, tuttavia, diversi ostacoli, fra cui, in particolare, la mancanza di una adeguata formazione del medico, nel corso del suo *iter* di studi, su quelli che sono i principi della comunicazione verbale, paraverbale (tutto ciò che interessa la voce tranne il contenuto) e non verbale (il linguaggio del corpo), demandando, così, questo aspetto solo a una sensibilità personale che può essere più o meno presente.

Ci sono, poi, la continua pressione riguardo alla necessità della contrazione dei tempi di ricovero e di attesa per prestazioni ambulatoriali che collide, almeno apparentemente, con la possibilità di avere spazi soddisfacenti di colloquio con il paziente, insieme con la carenza di contesti ambientali adeguati per comunicare al paziente, o ai suoi familiari, informazioni spesso emotivamente impegnative e gravose riguardo alla prognosi della malattia.

Attualmente, alcune università hanno istituito dei corsi di comunicazione medica, destinati a professionisti che aspirano a ruoli di alta dirigenza, dimostrando non solo quanto la comunicazione impatti fortemente sulla vita dei malati ma, in molti casi, quanto possa rivelarsi determinante nella

scelta di un trattamento, nella prosecuzione di una cura impegnativa o, in casi estremi, nell'accompagnare il paziente verso una penosa cronicità o nel fine vita.

Un medico sente forte il legame con il suo paziente, con chi si affida a lui sperando di trovare sollievo al dolore fisico, a un disturbo psichico, a una più o meno temporanea disabilità. Eppure, talvolta, complici la stanchezza, i mille problemi organizzativi, le tante urgenze pressanti, il medico si vede costretto, di fatto, a ridimensionare gli spazi pur necessari da dedicare al dialogo, all'ascolto, all'approfondimento, trascurando, sia pure in buona fede e senza alcun desiderio di arrecar danno, aspetti importanti, che potrebbero tradursi in un'assistenza migliore.

Il tempo dedicato alla cura deve comprendere un ascolto tecnico e partecipe e un dialogo costruttivo. Ascolto e dialogo vanno di fatto considerati entrambi « tempo di cura », in quanto necessari alla creazione del « paziente informato » e collaborativo, in grado di affidarsi in modo consapevole al suo medico, al fine di ottenere il massimo beneficio dall'operato del sanitario.

Attraverso la testimonianza ricevuta da alcuni docenti di questi corsi, si attesta che l'esigenza di una formazione universitaria, articolata e permanente, in tutte le facoltà di medicina (nonché, a cascata, anche nelle altre facoltà dedicate all'attività assistenziale, quale scienze infermieristiche) è fortemente avvertita. Secondo un'analisi elaborata da Osservatorio sanità, ANIA e *Marsh Risk Consulting*, sono avvenuti circa 30.000 contenziosi l'anno di questo genere, con rimborsi medi di 50.000 euro. Resta il fatto che una simile cifra — il cui ordine di grandezza non è difficile da ottenere moltiplicando fra

loro i due fattori - è stata sottratta all'assistenza e comunque, secondo alcune proiezioni, l'ammontare di questi contenziosi potrebbe lievitare, in percentuale, di un ulteriore 30 per cento.

Appare pertanto una necessità indifferibile istituire una formazione specifica sulla comunicazione per tutto l'*entourage* medico e parasanitario e rinegoziare, così, i premi assicurativi per le aziende sanitarie che assumano in *primis* personale specificamente formato e, successivamente, offrire loro un aggiornamento costante sull'argomento.

Il percorso formativo deve prevedere l'acquisizione di elementi generali sulla comunicazione, presupposto iniziale per preparare il futuro medico ad addentrarsi in aspetti metodologici più dettagliati, per instaurare una comunicazione empatica, che ponga al centro dell'attenzione l'ammalato al pari della malattia, riducendo le distanze fra medico e paziente, senza mettere in crisi il medico né l'autorevolezza che la professione richiede. Tale formazione è volta anche a prevenire patologie professionali, come il *burnout*, comuni ai sanitari che si occupano di attività che prevedono «relazioni di aiuto» con pazienti particolarmente gravi e impegnativi.

Il percorso formativo affronta anche aspetti critici, quali le emergenze comunicative che il medico può dover fronteggiare (comunicazione del fine vita, con il bambino, con l'anziano, per ottenere la donazione di organi, in ambito emergenza/urgenza eccetera).

Competenze comunicative specifiche sono poi da implementare per l'ascolto e la relazione con il paziente straniero, con esigenze culturali e sociali diverse, da tenere in attenta considerazione. Gli argomenti della comunicazione, portati nel percorso di formazione, diventano via via più dettagliati, fino ad arrivare a esempi più specifici, quali «agenda del paziente» (espressione che intende descrivere il vissuto del paziente, ov-

vero ciò che il paziente porta con sé e con la sua malattia nella relazione con il medico).

Sempre nel percorso formativo viene affrontato un aspetto tutt'altro che secondario: la capacità di lavorare in gruppo, rispettando i ruoli e le competenze, interagendo in maniera sinergica, al fine di accogliere il paziente. L'idea è quella di creare un cerchio di figure multiprofessionali al cui centro viene posto il malato, con il suo specifico bisogno. Perché, come sostiene il critico letterario Anatole Broyard, «ogni uomo soffre in modo diverso».

Una relazione di cura, per essere efficace, deve comprendere un'approfondita conoscenza, da parte del medico, dell'uomo, inteso come unità fisico-psichica, oltre che una padronanza delle modalità comunicative e relazionali fondamentali per poter effettuare una «diagnosi precisa e differenziale» e, infine, deve accompagnare il paziente nel percorso terapeutico più adeguato. In termini metaforici si potrebbe parlare della capacità di ingrandire, ovvero apprendere come passare dal particolare (il sintomo, la malattia, l'organo) alle emozioni, ovvero dall'aspetto fisico a quello emotivo (dall'attenzione all'organo all'interesse per il soggetto), ritrovando la persona quale unità soggettivamente-corpo.

La comunicazione non è improvvisazione, ma una vera scienza che si fonda sull'elaborazione di tecniche che prendono spunto da varie discipline. Saper comunicare presuppone competenze che devono essere acquisite tenendo conto della specificità richiesta: un conto è la comunicazione sanitaria, altro è la comunicazione mediatica, altro ancora è la comunicazione tra medico operatore e paziente, o la comunicazione nell'ambito dei *team* di cura (*équipe* chirurgiche, gruppi multi professionali, *team* di vario genere).

Ciò premesso, il percorso prevede l'acquisizione di elementi che rappresentino il presupposto iniziale per sviluppare competenze

che preparino il futuro medico ad addentrarsi in aspetti metodologici più dettagliati per una comunicazione empatica che, pur non sminuendo l'autorevolezza del professionista, ponga al centro della relazione l'ammalato e non la malattia. Tutti noi siamo anche pazienti e, forse, a molti di noi, sarà capitato di incontrare medici che magari, dovendo comunicare una diagnosi di una certa gravità, davano la notizia guardando altrove o scrivendo, forse per l'imbarazzo o provando difficoltà emotive dovute a un momento comunicativo che non riuscivano a gestire.

Il percorso formativo che s'intende proporre parte da elementi generali, che affrontano anche gli aspetti critici della comunicazione, oltre che le emergenze comunicative che il medico può dover affrontare.

Attenzione particolare viene data alla capacità di ascolto e alla relazione col pa-

ziente straniero, che spesso ha esigenze culturali e sociali diverse, da tenere in considerazione. Viene inoltre considerato un aspetto tutt'altro che secondario quale la capacità di lavorare in gruppo, rispettando i ruoli e le competenze, interagendo in maniera sinergica, al fine di accogliere il paziente, immaginando un cerchio di figure professionali in cui accoglierlo con il suo specifico bisogno.

Di qui un disegno di legge che prevede l'istituzione di alcuni corsi di formazione, con l'obiettivo di trasferire, a tutti i laureandi nelle discipline mediche e infermieristiche, le modalità gestionali e comunicative nel rapporto tra medico e paziente, con rilascio di crediti al termine di esso, in tutte le università italiane che, nel pieno rispetto della loro autonomia, avranno la facoltà di renderli obbligatori o facoltativi.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Introduzione di insegnamenti in materia di ottimizzazione delle modalità gestionali e comunicative nel rapporto tra medico e paziente nei corsi di laurea dell'area medico-sanitaria)

1. Al fine di istituire e promuovere, nei corsi di laurea dell'area medico-sanitaria, un percorso formativo finalizzato a ottimizzare le modalità gestionali e comunicative, nonché ad affrontare gli aspetti più delicati e complessi nello scambio e nella trasmissione di informazioni nel rapporto tra medico e paziente oltreché le diverse emergenze comunicative, il Ministro dell'università e della ricerca, con proprio decreto, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con il Ministro della salute, prevede:

a) l'inserimento, tra le attività disciplinari di base dei corsi di laurea dell'area medico-sanitaria, di specifici insegnamenti finalizzati a fornire adeguate conoscenze culturali e scientifiche, nonché metodi e tecniche applicative pratiche, utili per il conseguimento di un'adeguata modalità gestionale e comunicativa nel rapporto tra medico e paziente;

b) nell'ambito degli insegnamenti di cui alla lettera *a)*, un'attenzione specifica:

1) alla capacità di ascolto e alla relazione nelle emergenze comunicative che il medico può dover fronteggiare con i pazienti stranieri, in considerazione delle specifiche esigenze culturali, sociali e religiose;

2) alla capacità di lavorare in gruppo, rispettando ruoli e competenze, interagendo

in maniera sinergica, al fine di creare un contesto comunicativo di accoglienza intorno al paziente e ai suoi specifici bisogni;

c) che gli insegnamenti di cui alla lettera a):

1) possano essere svolti anche da docenti afferenti ai settori scientifico-disciplinari relativi alle scienze dell'educazione e della formazione primaria;

2) prevedano un numero di ore di tirocinio formativo non inferiore a 50, pari a 24 crediti formativi.

Art. 2.

(Disposizioni transitorie)

1. Le università provvedono ad adeguare i regolamenti dei corsi di studio alle disposizioni previste del decreto di cui all'articolo 1.

2. Le disposizioni del decreto di cui all'articolo 1 si applicano a decorrere dall'anno accademico successivo a quello di entrata in vigore dello stesso.

€ 1,00