

I costi della comunicazione inefficace



■ del Dr.
Claudio Pensieri

Fin dai tempi di Ippocrate la relazione medico-paziente è stata al centro delle attenzioni della medicina. In seguito essa si è sempre più sviluppata e specializzata, e ciò ha favorito la nascita in ambito clinico delle specializzazioni prima e delle sub-specializzazioni dopo.

Questo tipo di superspecializzazione crea una mentalità di esperti in malattia ma non di esperti in medicina. Sono stati fatti innumerevoli progressi, soprattutto nel campo diagnostico e nella farmacologia, che hanno permesso di elaborare nuovi e più efficaci protocolli diagnostico-terapeutici; ma questi stessi protocolli ottengono risultati terapeuticamente efficaci solo se applicati personalizzandoli. Oggi quindi, non basta più parlare dell'importanza etica, morale e deontologica della comunicazione medico paziente. Parlare in questo modo vuol dire sottovalutare i codici utilizzati dalla Sanità italiana. La linea di minor resistenza al cambiamento è rappresentata, purtroppo o per fortuna, dalla lingua dell'economia e dell'aziendalizzazione. Potremmo quindi chiederci: qual è la più grande azienda italiana? La Fiat? La Telecom? La Barilla?

Sapendo che l'Italia conta circa 60 milioni di persone e che tutti, almeno una volta, siamo stati malati, possiamo senz'altro dire che l'azienda italiana che conta il più vasto numero di clienti (senza contare i cronici) è proprio l'azienda sanitaria.

Non solo, nell'Azienda Sanità lavorano migliaia di lavoratori, e ospedale, ambulatorio, punto di primo soccorso, ecc., è un dislocamento

territoriale dell'azienda principale che è la Sanità italiana.

Come in ogni grande azienda, se da una parte viene data molta importanza all'efficacia e all'efficienza dei servizi offerti, dall'altra dovrebbe essere messo in primo piano il rapporto con il fruitore dei propri servizi. Ma non è sempre così.

Non è un caso che le più grandi aziende del mondo possano contare su un'efficientissima sezione di Customer Relationship Management e che il rapporto con i clienti è considerato importante tanto quanto vendere i propri prodotti o servizi.

Come mai la comunicazione è così valutata nel mondo del business mentre nella sanità italiana no? Come mai nel mondo del business per formare i dipendenti ci si rivolge alle aziende "professioniste" mentre nella sanità basta che un medico o un infermiere abbia seguito "uno o due corsi" per trasformarsi automaticamente in un "formatore"?

Gli effetti di questa formazione autoreferenziale si traducono in una formazione parziale e inadeguata alle vere necessità dei medici e degli infermieri e causerà nel lungo periodo (anche se i primi effetti sono già visibili) un grande problema alla nostra sanità. Nel Rapporto PIT Salute 2010 del Tribunale dei Diritti del Malato, si può leggere chiaramente che: "Ciò che spesso spinge i cittadini a contattarci è l'impressione di esser stati poco presi in considerazione nelle richieste e nel rispetto dei diritti; in tale ottica, di frequente le motivazioni del disagio sono attribuite più che altro a mancanze di attenzione e di comunicazione, e la rabbia che ne deriva conduce alla segnalazione, alla richiesta di indagine e all'accertamento delle eventuali responsabilità", che avvengono tramite costose istruttorie interne e tramite costose azioni legali che gli avvocati degli ospedali devono affrontare. Il rapporto prosegue affermando che "Le richieste di risarcimento sono spesso,



QUANTO CI COSTA LA COMUNICAZIONE INEFFICACE?

Sbagliata assunzione dei farmaci. La spesa pubblica e privata per medicinali venduti in farmacia nell'ultimo anno (2009) si aggira intorno ai 25 miliardi di euro, di cui il 74% a carico dell'SSN. Il 13% è composto da farmaci di classe C con prescrizione, il 9% da farmaci senza obbligo di prescrizione e il restante 4% da ticket.

Sbagliata diagnosi (dovuta al non-ascolto). I medici interrompono i pz. dopo circa 22 secondi. Tra i 22" e i 90" i pazienti espongono il 75% dei sintomi (Langewitz W. et Al, Brit Med J 2002). Gli errori di diagnosi non sono rari: in 10 casi su 14 l'errore sul quale si stava indagando era da far risalire al momento della diagnosi, anche se poi era stata la procedura terapeutica indotta dalla diagnosi erronea a causare l'incidente vero e proprio. La percentuale di diagnosi sbagliate o di diagnosi mancate individuate attraverso l'autopsia si aggira intorno al 20% (Rapporto CINEAS, "Quando l'errore entra in ospedale" 2002).

Cause legali. Questa la conseguenza dell'abnorme volume di cause legali intentate dai pazienti contro il "dottore" che si è occupato, a vario titolo, di loro: circa 40mila all'anno.

Premi assicurativi più alti. Nel 2002: un ospedale che serviva un centro abitato di 50 mila persone doveva pagare una polizza di circa 750 mila euro. Ma, nel caso di strutture più grandi, si arrivava facilmente a 1-2 milioni di euro. Chissà nei prossimi anni quanto costerà? (Medici in difesa, prima ricerca del fenomeno in Italia: numeri e conseguenze, FNOMCeO).

quindi, originate dall'esasperazione dei cittadini, ma sono altresì acuite dalla possibilità di un vero e proprio errore".

Se da una parte l'utente ha la percezione di non essere ascoltato dall'azienda, dall'altra, l'azienda stessa, mancando di una comprensione piena delle problematiche, adotta provvedimenti che si rivelano slegati e indipendenti dai problemi dei fruitori, in antitesi con l'ideale di efficacia ed efficienza del servizio, rappresentando talvolta un vero e proprio spreco di denaro. Ecco quindi che il danno è duplice. Una comunicazione inefficace del sistema sanitario con il pubblico genera una gran perdita anche economica oltre che sociale.

Nel corso del convegno dal titolo "Rispondiamo alle domande dei cittadini" che si è tenuto all'interno del Festival della Salute di Viareggio del 2009 è emerso che è necessario «soprattutto più dialogo e più "umanità" da parte dei medici e delle strutture sanitarie».

Con l'avvento dell'aziendalizzazione alcuni ospedali, asl e distretti sanitari hanno iniziato ad assumere personale proveniente dal mondo del business, piuttosto che dall'autoreferenziale mondo sanitario. Ciò ha portato all'introduzione di nuovi pensieri sistemici, di nuove forme matrici e di nuove possibilità per reali risparmi economici e miglioramenti effettivi dei servizi offerti. Dal mio punto di vista, non ha importanza se un know-how derivi dal mondo sanitario o

dal mondo del business, basta che alla fine il vantaggio concreto lo ottengano i pazienti e i loro familiari.

Purtroppo, nonostante molti parlino dell'importanza della comunicazione in sanità ancora TROPPO POCHI sono i corsi di formazione professionali ai medici strutturati sulla "comunicazione efficace", che dovrebbe diventare parte integrante del corso di laurea in medicina, in quanto: a che serve un medico bravo che però non sa spiegare ad un paziente cos'ha e soprattutto non gli sa spiegare come curarsi?

Secondo Teresa Petrangolini, segretario generale di "Cittadinanzattiva": "Il problema non è curare, ma prendersi cura del malato", ha poi affermato: "Su 100 segnalazioni da parte dei pazienti di sospetti errori, il 44% ha avuto un esito negativo e non è riuscito ad intraprendere un'azio-



COSTI NON CALCOLATI DELLA COMUNICAZIONE INEFFICACE

Nuova visita specialistica. Quanto costa allo Stato il fatto che un pz. non si fida di ciò che gli ha detto il medico e chiede un secondo parere?

Fallimento alleanza terapeutica. Un pz. che non segue le indicazioni del medico, in termini di assunzione delle terapie farmacologiche, di non corretti comportamenti o non corretto esercizio fisico, torna dal medico con il suo stato di salute aggravato. Nuove costose indagini diagnostiche e terapie aggiuntive.

Bioetica e mass-media. Quando ad esempio un "cambiamento di sesso" diventa bioeticamente accettabile in uno Stato sarà il suo stesso Servizio Sanitario che dovrà poi sostenere i costi di tale operazione.

Comunicazione interna medico-infermiere. Secondo Lucien Leape, membro del Committee on quality of Health care, dal 2 al 14% dei pazienti ricoverati negli ospedali americani sono vittime di errori di attribuzione dei farmaci, errori che solo in un numero limitato di casi si traducono in danni per i pz. stessi. La causa principale dell'errore nell'assegnazione dei farmaci dipende dall'abitudine di scrivere a mano e con grafia illeggibile le prescrizioni (comunicazione non-efficace). Su 527.000 prescrizioni di farmaci realizzate in un ospedale USA hanno individuato 2.103 errori significativi (4% c.a.).

Inoltre, quanto ci costano?

- Ridondanza esami specifici
- Frettolosità del colloquio che porta alla migrazione alla medicina alternativa
- Senso di non-appartenenza alla struttura
- Non condivisione di vision e mission sanitaria
- Demotivazione al lavoro
- Reclami ufficiali (istruttorie interne)
- Mancanza di competenze comunicative per campi specifici (es. consulenza nei test genetici)



ne legale", ma soprattutto "la maggior parte delle denunce riguarda le relazioni paziente-medico", ricordiamo allora che: una più elevata qualità della relazione medico-paziente comporta una minore incidenza dei reclami da parte dei pazienti (Rodriguez H.P. et Al., Int J Qual Health Care, 2008).

Già nel 1975 una ricerca (Hampton J.A., Brit Med J, 1975) realizzata per valutare quanto incidessero ai fini della diagnosi la raccolta della storia clinica, l'esame fisico e le indagini diagnostiche, ha evidenziato che 66 degli 80 pazienti osservati avevano ricevuto la diagnosi esatta con la sola raccolta dell'anamnesi, prima cioè di visitare il malato. In 7 casi la diagnosi derivò dalla raccolta dell'anamnesi e dall'esame obiettivo, nei restanti 7 casi si dovette ricorrere alle indagini diagnostiche. Un buon livello di comunicazione con il paziente ci consente pertanto di ottenere gli elementi indispensabili alla formulazione della diagnosi e, in alcuni casi, nel risparmio economico su costose indagini diagnostiche. Secondo Fazio la medicina difensiva costa ogni anno tra i 12 e i 20 miliardi di euro (Medici in difesa, prima ricerca del fenomeno in Italia: numeri e conseguenze, FNOMCeO di Roma

2008). Per non correre rischi, il 53% dei medici dichiara di prescrivere farmaci a titolo "difensivo". Il 73% visite specialistiche o esami di laboratorio come sorta di "autotutela". La percentuale più alta la raggiungono gli esami strumentali: in questo caso è il 75,6 % dei medici che vi ricorre per abbondare in sicurezza e ciò incide con un 22,6% su tutti gli accertamenti di questo tipo. La cifra si ridimensiona sensibilmente quando si passa ai ricoveri: li usa come scudo "solo" il 49,9% degli interpellati e quelli che potrebbero essere evitati rappresentano l'11% del totale (Prima ricerca nazionale sul fenomeno della medicina difensiva, FNOMCeO di Roma 2010). Il "fattore comunicazione" potrebbe quindi inserirsi in questo circolo vizioso e tendere una mano ai medici, infermieri e manager sanitari per costruire dei "circoli virtuosi" nei quali la comunicazione efficace non solo si presenta come mezzo per il risparmio economico ma diventa fonte di guadagno. Infine, se vogliamo spendere molte risorse economiche potremmo puntare sulla formazione di tutti i medici italiani, ma sarebbe come tentare di spostare un fiume agendo sulla sua foce. Non diventa forse molto più economico e vantaggioso mettere un sassolino alla sorgente e formare i nostri studenti fin dall'università. ■

