



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# CORSO DI PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2014-2015 L'APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

**Prof.ssa Lidia Del Piccolo**



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità,  
Università degli Studi di Verona  
Sezione di Psicologia Clinica



WHO  
Collaborating  
Centre



# Riferimenti

## Docenti:

- Prof.ssa Lidia Del Piccolo
- Dott.ssa Michela Rimondini
- Dott.ssa Cinzia Perlini

**Sede:** U.O. di Psicosomatica e Psicologia Clinica

Tel: 045 8124441

E-mail: nome.cognome@univr.it

**Sito** <http://www.medicina.univr.it/>

Scienze propedeutiche alla formazione medica

# Organizzazione



- **Lezioni frontali (16 ore)**
- **Didattica integrativa (16 ore)**
- **Ogni gruppo farà 3 incontri di esercitazione in aula (2 iniziali + 1 finale di discussione e feedback) e le restanti ore di attività pratica presso una casa di riposo.**

## **Primo incontro (3 ore)**

- Tecniche di colloquio con il paziente:
- Costruire un'alleanza terapeutica con il paziente
- Come comprendere l'agenda del paziente e strutturare il colloquio
- Come raccogliere in modo accurato ed efficiente le informazioni
- Lavoro in piccoli gruppi

## **Secondo incontro (3 ore)**

- Gestione emotiva del paziente:
- Come riconoscere le emozioni espresse o segnalate dal paziente
- Come rispondere alle emozioni del paziente
- Come gestire il colloquio con il paziente anziano
- Lavoro in piccoli gruppi



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Organizzazione



## Terzo incontro (2 ore)

- Visita di una casa di riposo per anziani, accompagnati da un medico referente
- Individuazione con il medico referente di un anziano degente con il quale sarà effettuato un colloquio della durata di circa 20 minuti.

## Quarto incontro

- 20 minuti colloquio con l'anziano degente identificato e successiva elaborazione)

## Quinto incontro (1 ora, piccoli gruppi di 5-6 studenti)

- Discussione sulle difficoltà incontrate durante lo svolgimento del colloquio e come sono state affrontate
- Feedback su role play in presenza del docente:



WHO  
Collaborating  
Centre

# Programma del corso



## Obiettivi:

Sviluppare le competenze comunicative necessarie per condurre una consultazione clinica in modo accurato ed efficace, al fine di:

- ***Raccogliere tutte le informazioni cliniche rilevanti***
- ***Gestire la relazione con il paziente***
- ***Educare e favorire la collaborazione del paziente durante il processo clinico***
- ***Acquisire consapevolezza degli aspetti personali nella relazione clinica***



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

Saranno approfonditi aspetti di **processo**:

1. Come strutturare l'intervista medica
2. Come raccogliere informazioni di contenuto bio-psico-sociale
3. Come costruire e gestire la relazione (alleanza terapeutica) con il paziente
4. Come fornire spiegazioni e creare una collaborazione con il paziente

E aspetti di **contenuto**:

1. Fattori connessi alla richiesta di cura e significato del curare (*cure/care*). Il modello bio-psico-sociale
2. L'approccio centrato sul paziente e il ruolo della comunicazione nella relazione sanitaria
3. Emozioni e comunicazione non verbale
4. La teoria dell'attaccamento, i sistemi motivazionali e il loro ruolo nella relazione interpersonale
5. Consapevolezza personale e burn-out
6. Gestione di pazienti "*difficili*": il paziente che somatizza, il paziente aggressivo, non collaborante; familiari interferenti.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Materiale di studio

Testo originale in inglese: J. Silverman, S. Kurtz, J. Draper  
*Skills for communicating with patients* Ed. Ingram; 3 edition (September 30, 2013)

Traduzione italiana a cura di L. del Piccolo e S. De Sanso  
*Competenze per comunicare con i pazienti*. Ed. Piccin (in corso di pubblicazione)

## Articoli di approfondimento da studiare\*:

- Goss C. & Del Piccolo L. (2003). Informare il malato. Strategie comunicative. *Recenti Progressi in Medicina*, 94, 353-360.
- Fontanesi S., Goss C., Rimondini M. (2007) Come coinvolgere il paziente nelle decisioni che riguardano la salute. Strategie comunicative. *Recenti Progressi in Medicina*, 98, 611-18.
- Mast M.S. (2007) On the importance of nonverbal communication in the physician patient interaction. *Patient Education and Counseling* 67, 315–318.
- Finset A. & Del Piccolo L. (2011) *Nonverbal Communication in Clinical Contexts*. In (a cura di M. Rimondini) *Communication in Cognitive Behavioral Therapy*, Springer Science Business Media, Llc, pp.107-128.
- Fink P., Rosendal M., Toft T. (2002) Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model—An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. *Psychosomatics*, 43:2.
- Del Piccolo L. (2012) Comunicare con la persona anziana. *Ricerche di Psicologia*, Franco Angeli, 2-3: 309-324.



WHO  
Collaborating  
Centre

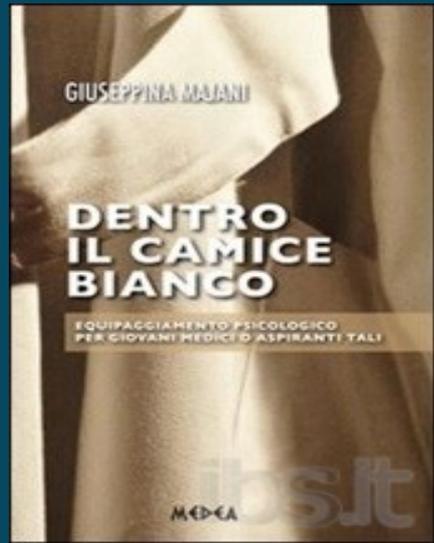
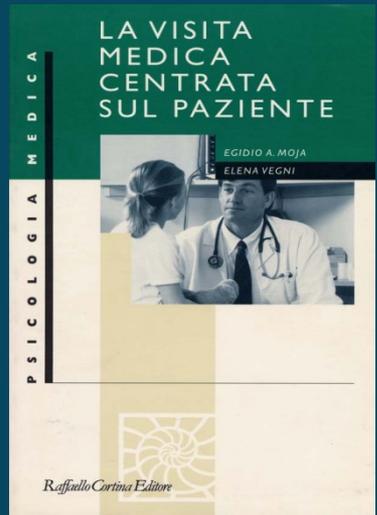
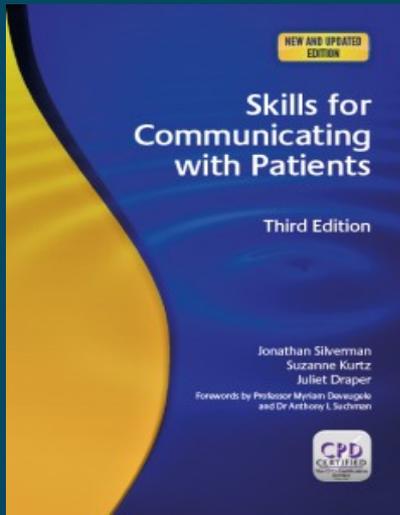
DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

# Testi consigliati

DSPMC - PSY



# Perchè insegnare a comunicare in medicina?

- **CONOSCENZE DI BASE, ABILITÀ COMUNICATIVE, ESAME FISICO E CAPACITÀ DI RISOLVERE I PROBLEMI** componenti fondamentali della competenza clinica;
- **Le nostre conoscenze e capacità intellettuali sono inefficaci se non sappiamo comunicare**
- **COME comunichiamo è tanto importante quanto COSA affermiamo;**
- **Essere “cortesi” e l’esperienza da sole non sono sufficienti. Per comunicare servono ABILITÀ che possono essere acquisite e mantenute; non sono solo l’espressione di un tratto di personalità.**



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Effetti di una buona comunicazione

- Accuratezza, efficacia e supporto (Epstein et al., 2007)
- Esiti clinici dei pazienti
  - Maggiore probabilità di una completa remissione dei mal di testa (Headache Study Group, 1989)
  - Pazienti diabetici, ipertesi, e pazienti con ulcera: migliore controllo glicemico, della pressione e meno ricadute (Kaplan et al., 1989; Hojat et al., 2011).
  - Meno giorni di lavoro persi per malattie (Little et al., 2001)
- Soddisfazione del paziente e del medico (Hall et al., 1988; Zachariae et al., 2003)
- Prevenzione delle denunce dei pazienti (Adamson et al. 2000; Kinnersley and Edwards 2008; Tamblyn et al. 2007)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Modalità d'esame:



La partecipazione alla didattica integrativa e lo svolgimento puntuale e preciso dei compiti sono la premessa per poter essere ammessi all'esame di profitto.

**Esame scritto:** domande aperte e a scelta multipla



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Programma della I lezione



- Che cosa intendiamo per cura?
- Il modello biomedico
- Il concetto di agenda
- Il modello bio-psico-sociale



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# CURA

## CARE



**Pratica**

**Corporeità**

Attività orientata all'altro e a ciò che all'altro procura beneficio. Comporta un'opzione migliorativa dell'altro.

Non confusa con *oblatività*, o *servizio*

*Relazione asimmetrica*

Competenza emotiva

Riflessività e occasione di crescita personale

## CURE



Occuparsi di qualcuno

Riparare lo stato fisico dell'altro

Tecnica, neutra  
oggettivazione – l'altro  
come portatore di malattia

Soluzione di un problema



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# IL MODELLO BIOMEDICO DELLE MALATTIE

La causa delle malattie è da attribuire esclusivamente a modifiche misurabili di variabili organiche

La terapia o la cura della malattia consiste esclusivamente in interventi sulle variabili biomediche



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# APPROCCIO BIOMEDICO

Diagnosi della malattia  
Decisioni terapeutiche

Attenzione ai dettagli dei sintomi  
Le domande sono dettate dalle conoscenze del  
medico sui sintomi e le terapie

**MEDICO**



**MALATTIA**



WHO  
Collaborating  
Centre

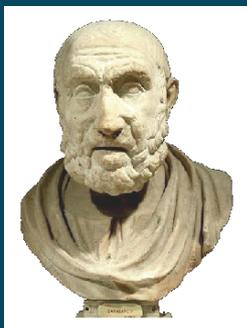
DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

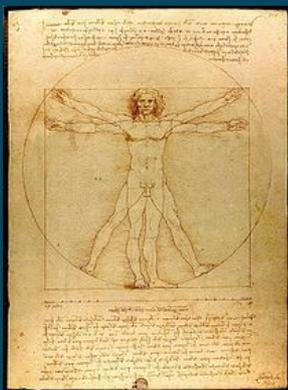
# RADICI STORICHE



IPPOCRATE (V SEC a.C)



Medicina Medievale  
XII sec. Ospedali. Pietà per i malati



Medicina Rinascimentale  
XV-XVI sec. Ottica meccanicista  
osservazione naturalistica  
Sisto IV e Clemente VII  
*De Cadaverum sectione*

# Utilità dell'APPROCCIO BIOMEDICO

Consente di classificare le malattie sulla base di segni oggettivabili e ripetibili che le caratterizzano, utilizzando dati empirici

E' possibile replicare studi su soggetti che hanno caratteristiche simili sulla base di definizioni comunemente condivise.

Consente di fare predizioni e favorire i processi decisionali (diagnosi)

L'assegnazione di un paziente a una categoria diagnostica permette di sintetizzare le informazioni che lo riguardano.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# PROBLEMI DELL' APPROCCIO BIOMEDICO

Eccessiva attenzione al segno e non alla persona

Solo nel 50% delle consultazioni accordo medico e paziente nell'**identificazione del problema principale** (Starfield *et al.*, 1981).

Il **55% dei problemi** di cui i pazienti vogliono parlare **non emerge** durante la consultazione (Stewart *et al.*, 1995; Tate, 1999).

**Importanza a informazioni differenti:** paziente - notizie su eziologia, diagnosi e prognosi; medici sovrastimano il desiderio dei loro pazienti di conoscere particolari sul trattamento e i farmaci (Kindelan & Kent, 1987).

Se le opinioni del paziente riguardo alla propria malattia sono in **disaccordo** con quelle del medico e quando tale dissonanza non viene riconosciuta, l'adesione al trattamento, la soddisfazione del paziente e l'esito della patologia sono peggiori (Tuckett *et al.*, 1985). Aumento dei costi sanitari (Berg *et al.*, 1993).

I pazienti hanno **difficoltà a capire e a ricordare le informazioni** che il medico dà loro (dal 10% fino ad oltre il 40%) (Ley *et al.*, 1976; Bertakis, 1977; Jansen *et al.*, 2011).



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Malattia

- ***Modello medico***: un processo patologico, una deviazione da una norma biologica. Intrinseca in questa definizione vi è una oggettività (norma, evento più frequente) che permette ai medici di vedere, toccare, misurare il processo patologico (*disease*)
- ***Vissuto del malato***: la sensazione, l'esperienza totalmente personale e soggettiva della perdita della salute. Spesso accompagnata dalla presenza della malattia "oggettiva" ma non necessariamente (*illness*)
- ***Modalità esterna e pubblica dello stato di cattiva salute***: malattia come ruolo sociale, status e negoziazione tra il soggetto malato e la società. (*sickness*)

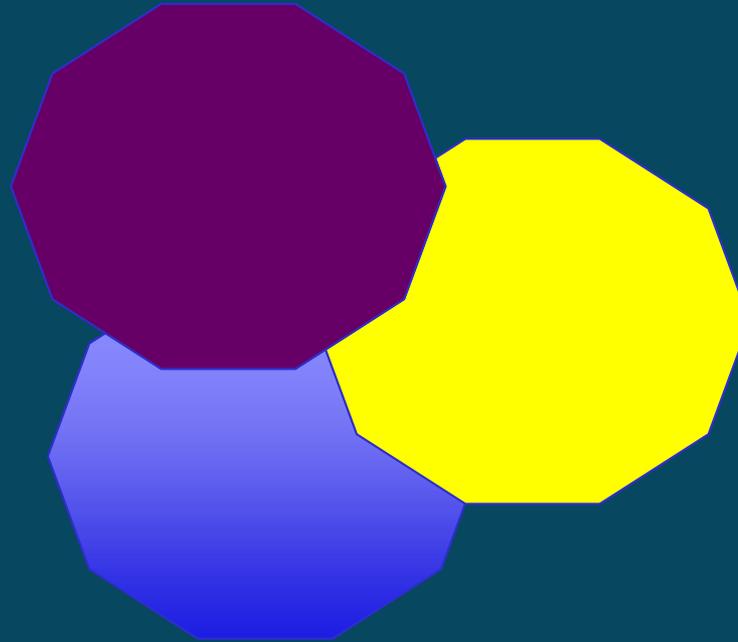


WHO

Collaborating  
Centre

# ILLNESS

Rappresentazione  
individuale della  
malattia



# SICKNESS

Rappresentazione  
sociale della  
malattia

# DISEASE

Rappresentazione  
tecnica della  
malattia

(Twaddle 1994)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# LA MALATTIA (DISEASE) E IL PAZIENTE AMMALATO (ILLNESS)

- *Illness* è uno stato soggettivo di malessere
- Non corrisponde sempre ad una patologia organica (disease)
- *Illness* è più determinante della patologia organica nella richiesta di cura
- E' connesso a variabili psicosociali



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Perché è importante comprendere la relazione tra disease e illness?

Non tutti i pazienti con patologie organiche (disease) cercano aiuto medico

Non tutti i pazienti che cercano aiuto medico hanno una patologia organica

Non esistono malattie, ma solamente pazienti ammalati



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



**QUALI  
SONO I  
FATTORI  
CHE  
PORTANO  
ALLA  
RICHIESTA  
DI CURA?**

# Mechanic, “*Illness Behaviour Model*” (1978):

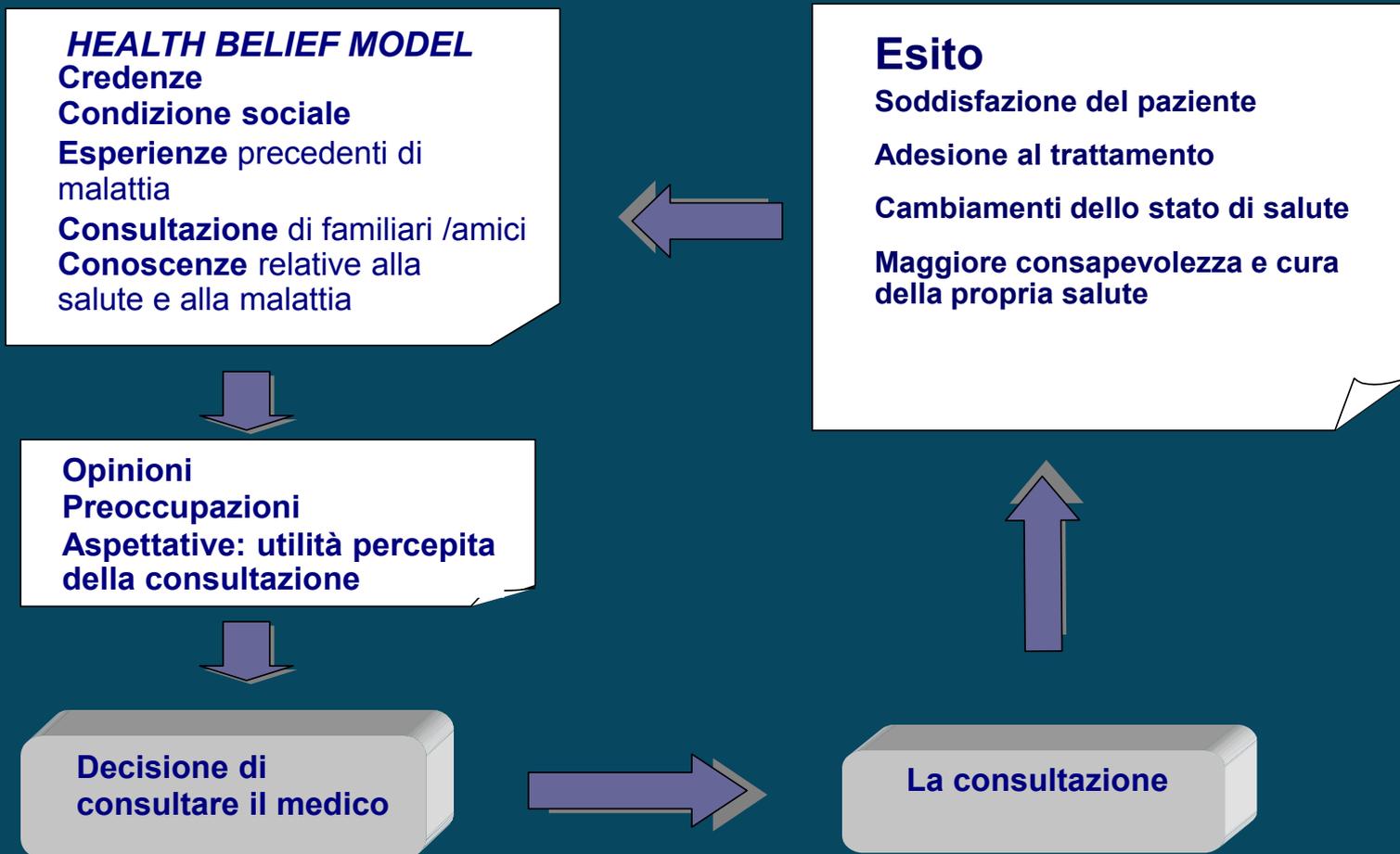
1. Visibilità, riconoscibilità o importanza percepita di segni e sintomi
2. Gravità percepita dei sintomi (stima da parte della persona del pericolo)
3. Misura in cui i sintomi interferiscono con la vita familiare, lavorativa o l'attività sociale
4. La frequenza con cui si presentano i sintomi o segni devianti, la loro persistenza o ricorrenza
5. La capacità di tollerare i sintomi da parte di chi vi è esposto o li valuta
6. Informazioni disponibili, conoscenze, assunzioni legate alla cultura e loro comprensione
7. Malattia come risposta ad altri bisogni
9. Disponibilità e vicinanza di strutture di cura, costi psicologici ed economici connessi alla decisione di utilizzare i servizi sanitari, conseguenze come stigma e distanza sociale.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# FATTORI CONNESSI ALLA RICHIESTA DI CURA DA PARTE DEL PAZIENTE



# CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE CHE INFLUISCONO SULLA RICHIESTA DI CURA

Probabilità di rivolgersi a un medico è più elevata:

- per le donne (a parità di gravità dei sintomi - ruolo sociale, accettabilità della richiesta di aiuto), soprattutto in presenza di problemi sociali (Bellantuono et al., 1992; Hansson et al, 1994)
- per i disoccupati maschi
- per coloro che soffrono di una malattia organica cronica (indipendentemente dalla gravità del loro malessere psicologico o dei loro disturbi psichici)
- In presenza di eventi stressanti (aumento dello stato di allerta, maggiore attenzione ai sintomi corporei, percezione di malattia, Cameron et al., 1995)
- In chi percepisce scarso senso di autoefficacia (Sobel, 1995)



WHO  
Collaborating  
Centre

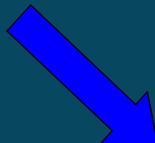
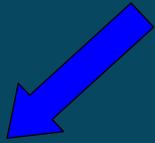
DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

Durante la consultazione medica,  
il ragionamento...

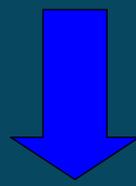


**... del medico ...**

**... del paziente ...**

è organizzato per  
sintomi e categorie diagnostiche

è organizzato per  
problemi



**CONTRASTO COGNITIVO**



# Il concetto di Agenda



- Dal latino *agenda* “cose da fare”  
“Taccuino dove sono notati i giorni dell’anno e si segnano le cose da farsi via via ogni giorno. Il programma delle attività previste e degli impegni presi”
- In ambito medico, termine usato da Peter Tate (1994) per indicare gli *aspetti rilevanti* (obiettivi e non) che entrano in gioco durante una consultazione medica.
- *Agenda del medico*
- *Agenda del paziente*



WHO  
Collaborating  
Centre

# CONFRONTO TRA AGENDE...



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Agenda del paziente

Credenze

Opinioni

Emozioni

Aspettative

Problemi  
psicosociali

Eventi  
stressanti

Percezione  
soggettiva

Interferenza con  
la qualità di vita

Presentazione del  
problema

Raccolta dei  
sintomi a fini della  
diagnosi e del  
trattamento

Approfondimenti  
chiarimenti e  
verifiche

Coinvolgimento del paziente

Interventi sulle emozioni

Centrato sul paziente

Centrato sul medico

Agenda del medico

Adattato da Tate, 1994



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Le quattro dimensioni dell'agenda del paziente

Percezione  
soggettiva del  
sintomo; idee ed  
interpretazioni

Aspettative e desideri



Impatto emotivo  
del disturbo sul  
paziente:  
(dipende dal  
significato  
personale)

Il contesto psicosociale  
del sintomo; qualità di  
vita; problemi sociali;  
eventi stressanti

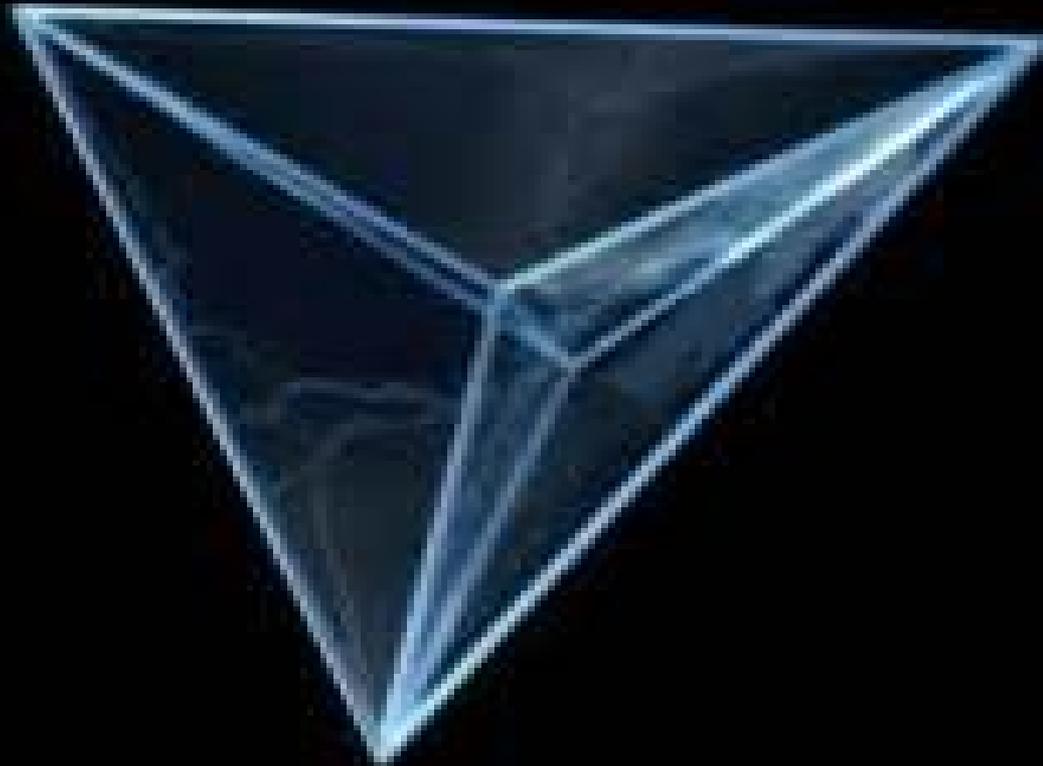


WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Le quattro dimensioni dell'agenda del paziente

Percezione  
soggettiva del  
sintomo; idee ed  
interpretazioni



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Percezione soggettiva del sintomo: significato, interpretazione

**Minaccia, segno di debolezza** → vergogna → ansia, tendenza a negare la malattia, paura di perdere il controllo, isolamento

**Perdita o danno** → Depressione, ostilità

**Punizione** → "occasione per espiare colpe" → ansia, depressione o rabbia

**Alibi** → sollievo per poter abbandonare di obblighi o doveri → passività, atteggiamenti regressivi (richiesta di attenzione)

**Vantaggio** → consente di formulare richieste altrimenti non proponibili a familiari o persone significative dal punto di vista affettivo, atteggiamenti regressivi (richiesta di attenzione)

**Sfida** → adattamento attivo, comportamenti razionali centrati sui problemi

**Opportunità** → stimolo per crescere, cambiare, riflettere.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Le quattro dimensioni dell'agenda del paziente



Impatto emotivo  
del disturbo sul  
paziente:  
(dipende dal  
significato  
personale)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# IL DISAGIO EMOTIVO

Il medico di base costituisce spesso il «primo filtro» (Goldberg e Huxley, 1980) attraverso il quale è possibile individuare un disturbo psichico e gestisce in genere circa l'80% delle persone con problemi di tipo psichiatrico della comunità

Prevalenza disturbi emotivi in pazienti della medicina di base e in pazienti ricoverati è del 25% - 30%

Presentazione somatica dei sintomi (anche affettivi) (*Piccinelli et al., 1995*)

Disturbi emotivi non riconosciuti e non trattati interagiscono con il decorso e l'esito delle malattie somatiche attraverso:

- una amplificazione e cronicizzazione dei sintomi somatici
- una maggiore utilizzazione delle strutture mediche
- a richieste mediche non appropriate



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# L'importanza di poter esprimere liberamente le emozioni

## *L'importanza diagnostica*

La descrizione del vissuto emotivo da parte del paziente fornisce al medico le informazioni di base per l'eventuale diagnosi di un disturbo emotivo

## *L'importanza terapeutica*

Poter esprimere un disagio emotivo (anche lieve) in presenza di un medico attento e interessato è terapeutico perché attraverso il supporto percepito e la libera espressione delle emozioni, l'intensità del disagio diminuisce, ristabilendo l'equilibrio psichico e favorendo un buon adattamento

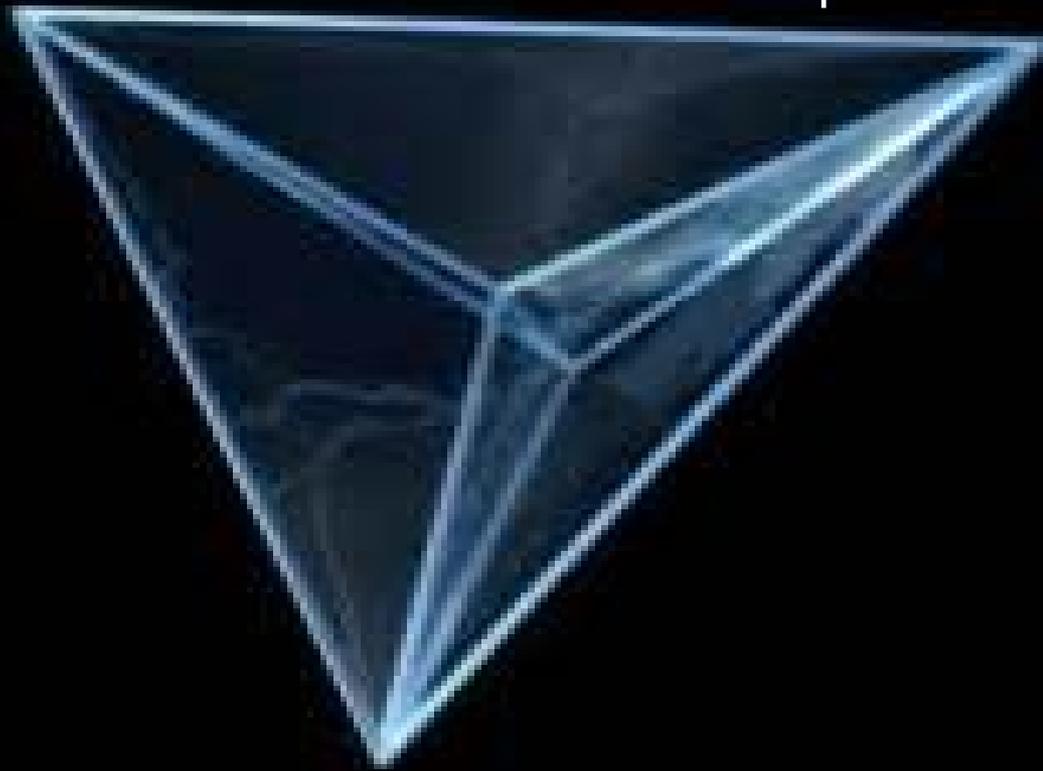


WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Le quattro dimensioni dell'agenda del paziente

Aspettative e desideri



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Aspettativa

Forma derivata di aspettare – *aspicere* – guardare, stare rivolto verso qualche parte

Previsione (ragionevolmente realistica) dell'individuo circa un evento (la condotta di altri membri sociali, l'effetto di un trattamento, le proprie capacità di fronteggiare la malattia) in un contesto di **incertezza**.



WHO

Collaborating  
Centre

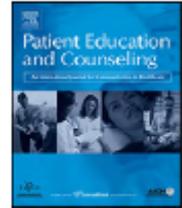
DSPMC - PSY



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

## Patient Education and Counseling

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/pateducou](http://www.elsevier.com/locate/pateducou)

The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies<sup>☆</sup>

William Verheul<sup>a,\*</sup>, Ariëtte Sanders<sup>b</sup>, Jozien Bensing<sup>a,c</sup>

	Aspettative incerte	Aspettative positive
Stile comunicativo distaccato	↓ Emozioni positive (PANAS) Fiducia trattamento	n.s.
Stile comunicativo empatico	n.s.	Ansia di stato Emozioni negative ↓  Emozioni positive ↑ Fiducia trattamento, controllabilità dei sintomi

# Effetto delle aspettative e dello stile comunicativo sulla fiducia

Non è sufficiente che il medico esprima parere positivo sull'esito del trattamento (aspettativa positiva).

**CREDIBILITÀ ASPETTATIVA**



**FIDUCIA**



**STILE COMUNICATIVO EMPATICO**



**LA COMUNICAZIONE EMPATICA DA SOLA, NON MODIFICA LE ASPETTATIVE.**

**E' la combinazione tra aspettative positive (credibili) e comunicazione empatica che favorisce la fiducia nell'efficacia del trattamento e una riduzione dell'ansia.**



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Le quattro dimensioni dell'agenda del paziente



Il contesto psicosociale del sintomo; qualità di vita; problemi sociali; eventi stressanti



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health

Bert N. Uchino  
University of Utah

John T. Cacioppo and Janice K. Kiecolt-Glaser  
Ohio State University

In this review, the authors examine the evidence linking social support to physiological processes and characterize the potential mechanisms responsible for these covariations. A review of 81 studies revealed that social support was reliably related to beneficial effects on aspects of the cardiovascular, endocrine, and immune systems. An analysis of potential mechanisms underlying these associations revealed that (a) potential health-related behaviors do not appear to be responsible for these associations; (b) stress-buffering effects operate in some studies; (c) familial sources of support may be important; and (d) emotional support appears to be at least 1 important dimension of social support. Recommendations and directions for future research include the importance of conceptualizing social support as a multidimensional construct, examination of potential mechanisms across levels of analyses, and attention to the physiological process of interest.

La mortalità è maggiore tra le persone socialmente isolate (controllando per lo stato di salute iniziale e l'età)

Supporto sociale agisce su: riduzione stress, stato affettivo, promozione di comportamenti salutari (controllando per confondenti quali personalità e condizioni di salute iniziali)



WHO  
Collaborating  
Centre

*Journal of Behavioral Medicine, Vol. 29, No. 4, August 2006 (© 2006)*  
DOI: 10.1007/s10865-006-9056-5

## **Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes**

**Bert N. Uchino**<sup>1,2</sup>

DSPMC - PSY

**Supporto sociale** ha effetto sui comportamenti legati alla salute e sullo stato psicologico (stato affettivo, percezione di controllo...) che hanno poi ricadute sui processi biologici: sistema cardiovascolare, neuroendocrino e immunitario, con conseguente impatto sulla morbilità alle malattie

# Supporto sociale e funzione cardiovascolare

Reazione a situazioni stressanti  pressione sanguigna e frequenza cardiaca

Supporto sociale riduce lo stato di attivazione in situazioni di stress acuto

- **Studi di laboratorio** (*Kamarck et al., 1990*) ruolo del **supporto verbale** (*Thorsteinsson e James, 1999*)
- **Studi epidemiologici:** associazione tra supporto sociale e **minor pressione sistolica in ambulatorio** (*Steptoe et al., 2000; Gump et al., 2001*), **minor probabilità di patologie cardiovascolari** (*Horsten et al., 1999*) e **aterosclerosi** (*Angerer et al., 2000; Knox et al., 2000; Kop et al., 2005*) **minor progressione delle patologie cardiovascolari** (*Wang et al., 2005*)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Supporto sociale e funzione neuroendocrina

Supporto sociale associato a più bassi livelli di **catecolamine** (adrenalina, noradrenalina e dopamina – rilasciate dalla midollare del surrene in risposta a stress) nel plasma e nelle urine (*Grewen et al., 2005*)

**Cortisolo** salivare in pazienti con tumore, minore se presente supporto sociale (*Turner-Cobb et al., 2000; Heinrichs et al., 2003*)

Rilascio di **Ossitocina** si associa a decremento di cortisolo, pressione arteriosa, incremento attività parasimpatica. Es. percezione di supporto dal partner (*Grewen et al., 2005*), manipolazione sperimentale della presenza di supporto sociale (amico) e ossitocina spray (*Heinrichs et al., 2003*) si associa a riduzione del cortisolo



WHO  
Collaborating  
Centre

# Supporto sociale e funzione immunitaria

Supporto sociale associato alla maggior presenza di:

- **cellule natural killer** (*Linfociti NK - cellule del sistema immunitario, particolarmente importanti nel riconoscimento e distruzione di cellule tumorali e infette da virus*) (Lutgendorf et al., 2005)
- **Linfociti T** (*principali responsabili dell'immunità adattativa cellulo-mediata*) in pazienti HIV+ (Theorell et al., 1995 -studio longitudinale di 5 anni). *Dati non sempre confermati.*



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

**The impact of family behaviors and communication patterns  
on chronic illness outcomes: a systematic review**

Ann-Marie Rosland · Michele Heisler ·  
John D. Piette

**Supporto familiare** (strumentale – emotivo)

ha un impatto positivo sull'esito delle malattie croniche (autogestione, controllo dei sintomi, minor rischio di mortalità) laddove:

vi è **coesione** tra i membri (*Social Interdependence Theory*, Rusbult & Van Lange, 2003)

la famiglia valorizza l'**autosufficienza e la riuscita personale** (*Self determination theory*, Ryan & Deci, 2000)

le risposte ai sintomi sono **coerenti** con le esigenze del paziente (*Coping Theory*, Lazarus & Folkman, 1984)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

**The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review**

Ann-Marie Rosland · Michele Heisler ·  
John D. Piette

Hanno un impatto negativo sull'esito delle malattie croniche:

**Controllo** tra i membri (enfasi sulle regole e le procedure)

**Criticismo** (sfiducia nella riuscita, ambivalenza o aperta conflittualità)

**Iperprotezione**

**Scarsa comunicazione**

# Il modello biopsicosociale



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# QUADRO DI RIFERIMENTO TEORICO

## Modello Biopsicosociale (Engel)

8 April 1977, Volume 196, Number 4286

# SCIENCE

### **The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine**

George L. Engel

At a recent conference on psychiatric education, many psychiatrists seemed to be saying to medicine, "Please take us

the physician is appropriate for helping functions. Medicine's stems from the logical inference

new discipline based on behavioral science. Henceforth medicine would be responsible for the treatment and cure of disease, while the new discipline would be concerned with the reeducation of people with "problems of living." Im-

licit in this argument is the premise that disease, leads to the present paradox that some people with positive laboratory findings are told that they are in need of treatment when in fact they are feeling quite well, while others feeling sick are assured that they are well, that is, they have no "disease" (5, 6). A biopsychosocial model which includes the patient as well as the illness would encompass both circumstances. The doctor's task is



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# IL MODELLO BIOPSIKOSOCIALE DELLE MALATTIE

## Definizione

Le variabili psicologiche e sociali hanno un ruolo chiave nello sviluppo, nel decorso e nell'esito delle malattie

- Un'assistenza e una cura ottimale del paziente richiedono che il medico riconosca ed indagheri contemporaneamente le dimensioni biomediche e psicosociali della malattia e sappia gestire e utilizzare queste variabili

- Engel GL (1977) The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. **•Science** 196;129-136



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

• Ciascun  
paziente ha  
bisogno di  
conoscere e  
comprendere  
e di essere  
conosciuto e  
compreso

• (Engel, 1988)

Aspetto cognitivo:  
comprendere quello  
che succede e cosa  
aspettarsi

Dimensione affettiva

# APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE

## Obiettivi

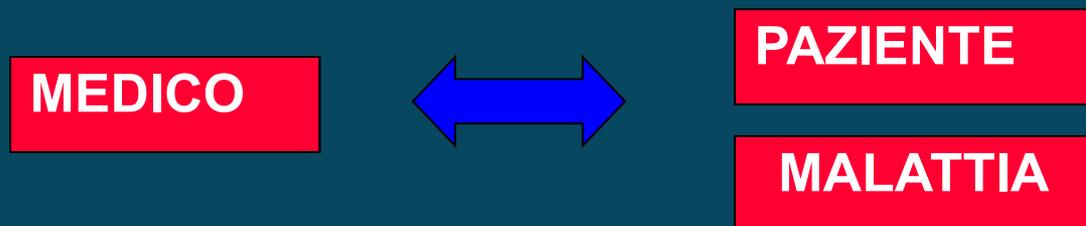
Raccolta di tutte le informazioni rilevanti per comprendere la malattia, il paziente, il suo contesto psicosociale e le sue risorse

Riconoscimento dei segnali verbali e non verbali che suggeriscono la presenza di disagio emotivo, facilitandone l'espressione.

## Caratteristiche

Attenzione a tutti i sintomi e problemi, comprese ansie, opinioni, preferenze e aspettative

Medico e paziente controllano il contenuto e la direzione del colloquio nelle specifiche aree di competenza (sintomi versus problemi)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# L'approccio integrato al paziente

Modello biomedico



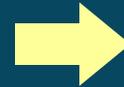
Contenuto determina il processo

## La storia medica tradizionale

- Problema principale
- Storia del problema attuale
- Storia medica passata
- Storia familiare
- Storia personale e sociale
- Farmaci e allergie
- Esame obiettivo



Indagine chiusa –  
centrata sul medico



Modello integrato



Modello bio-psico-sociale  
mirato a integrare tutte le  
informazioni relative al  
paziente



Tecniche d'intervista centrate sul  
medico insieme a tecniche  
centrate sul paziente



Indagine aperta + indagine chiusa



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# LE TRE FUNZIONI DEL COLLOQUIO CLINICO

*The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991)*

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita dell'utente

Creare una relazione terapeutica e riconoscere e gestire le emozioni e preoccupazioni dell'utente

Informare e istruire l'utente rispetto alle sue problematiche, concordare la gestione dei problemi e motivarlo a collaborare con il programma



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Obiettivi di una buona comunicazione

- Accuratezza
- Efficacia
- Supporto

(Kurtz, Silverman, Draper, 1998)

**Una comunicazione efficace promuove interazione e non solo passaggio di informazioni al fine di arrivare a una prospettiva condivisa**



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Principi che contraddistinguono una comunicazione efficace

- **Garantire una interazione piuttosto che un processo di trasmissione.** L'obiettivo della comunicazione diventa stabilire un terreno condiviso reciprocamente compreso (Baker 1955).
- **Ridurre le incertezze.** L'incertezza distoglie l'attenzione ed interferisce con l'accuratezza, con l'efficienza e la costruzione della relazione.
- **Programmare e ragionare in termini di esiti.**
- **Dinamicità** - i bisogni individuali ed i contesti cambiano continuamente.
- **Modello elicoidale della comunicazione** (Dance 1967)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# LIVELLI DELLE COMPETENZE COMUNICATIVE IN MEDICINA

- 1. Abilità di contenuto** – il *contenuto* di domande e risposte, le informazioni trasmesse e raccolte, i trattamenti discussi
- 2. Abilità di processo** – *modo* in cui si comunica, le abilità verbali e non-verbali, organizzazione e articolazione dei contenuti
- 3. Abilità percettive** – cosa il *medico* sta pensando e provando – l'attività decisionale interiore, le attitudini; le capacità empatiche personali, l'attenta consapevolezza (*mindfulness*), l'integrità, il rispetto e la flessibilità.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Esempi di interdipendenza tra abilità di processo, contenuto e percettive



# Intervista 1



*M: Buon giorno Signora Rossi. Che problemi ha?*

P: Da due anni le cose peggiorano di giorno in giorno. Sembra che non funzioni niente

*M: Cos'è che funziona peggio?*

P: Le mie gambe. Ho dolori costanti nelle gambe. Sono diventati così forti che non posso dormire

*M: Come va il respiro?*

P: Quello va bene. Respiro bene. Ci sono solo questi dolori nelle gambe.

*M: Lei fuma ancora?*

P: Sì, ho ripreso purtroppo. Con questi dolori!

*M: Ha dolori nel petto?*

P: No



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Intervista 1



*M: Ha tosse?*

P: Non tossisco mai

*M: Cosa riesce a fare?*

P: Allora, potevo fare tutto fino a due anni fa, ma adesso non riesco a fare neanche un mezzo isolato.

*M: Le manca il respiro?*

P: No, Ho questo terribile dolore alle gambe!

*M: Si gonfiano?*

P: Da due o tre settimane sono un po' gonfie, ma il dolore c'è con o senza gonfiore.

*M: Va bene, adesso vorrei chiederle delle cose sulla sua storia medica.*



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

## Intervista 2



*M: Buon giorno Signora Rossi. Mi dica che tipo di problemi ha?*

P: Da due anni va sempre peggio. Sembra che tutto funzioni male.

*M: Cos'è che va peggio?*

P: Le gambe. Ho dolori costanti nelle gambe. Fanno così male che non dormo più

*M: Dolori nelle gambe. Mi spieghi.*

P: Ho dei dolori così forti che non riesco neanche a fare mezzo isolato.

*M: Vuol dire che è costretta a fermarsi per i troppi dolori?*

P: Sì, proprio così. Va un po' meglio quando mi fermo, ma i dolori non vanno mai via del tutto. Anche la notte, stando ferma, i dolori mi svegliano, sto proprio male. Mi è passata anche la voglia di lavorare...

*M: I dolori la devono mettere a dura prova!...*



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# INTERDIPENDENZA TRA ABILITÀ DI PROCESSO, CONTENUTO E PERCETTIVE

I pensieri ed i sentimenti riguardo al paziente (percettive) possono interferire con il nostro comportamento abituale e bloccare la comunicazione. Ad esempio:

- *l'irritazione dovuta alla personalità di un paziente (percettiva) può interferire con l'ascolto e non farci cogliere indizi importanti (processo)*
- *l'attrazione fisica per un paziente (percettiva) ci può impedire di indagare la sessualità (contenuto) aspetto utile per una diagnosi corretta.*

**Ipotesi errate non verificate (percettive) possono impedire una raccolta efficace delle informazioni (processo) e spostare la discussione verso argomenti impropri (contenuto).**

*es: ipotizzare che un paziente sia ritornato per un controllo di routine per un problema in atto può condurci a scoprire solo successivamente che il paziente ha un problema più importante o un nuovo sintomo di cui discutere.*



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Struttura dell'intervista medica



# STRUTTURA DELL'INTERVISTA MEDICA

## •FASE DI ACCOGLIMENTO

### •Strutturare il colloquio

- Preparazione
- Creare il rapporto
- Identificare le ragioni della visita
- Definire le priorità

### Costruire la relazione

## •FASE DI RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

- Esplorazione dei problemi rilevanti
- Raccolta di dati nella prospettiva biomedica
- Raccolta di dati nella prospettiva del paziente
- Contesto e storia dei sintomi portati

• *Non-verbale*

• *Ascolto attento*

• *Gestire le emozioni*

### •*Riassumere*

### •*Orientare*

### •*Esplicitare*

## •ESAME FISICO

## •FASE DI SPIEGAZIONE PIANIFICAZIONE

- Fornire la giusta quantità e qualità di informazioni
  - Verifica della comprensione e del ricordo
  - Raggiungere una visione condivisa che comprenda il modello di malattia del paziente
- Pianificazione condivisa: *shared decision making*

• *Sollecitare domande*

• *Coinvolgere il paziente*

## •FASE DI CHIUSURA

- Sintesi degli aspetti più significativi emersi, le strategie concordate e il modo di verificarne l'efficacia. Eventuali domande
  - Saluti e congedo



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# ***TECNICHE COMUNICATIVE***



***RACCOLTA DELLE  
INFORMAZIONI***

***GESTIONE delle  
EMOZIONI***



***INTEGRARE  
gli ambiti di competenza***



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# FASE di ACCOGLIMENTO

- *Compiti*
- *Prepararsi mentalmente al colloquio*
- *Salutare, presentarsi, chiarire il proprio ruolo se necessario, verificare che il paziente sia a proprio agio (correla con il grado di soddisfazione, Eide et al., 2003, con la quantità di informazioni fornite, Beach et al., 2006)*
- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

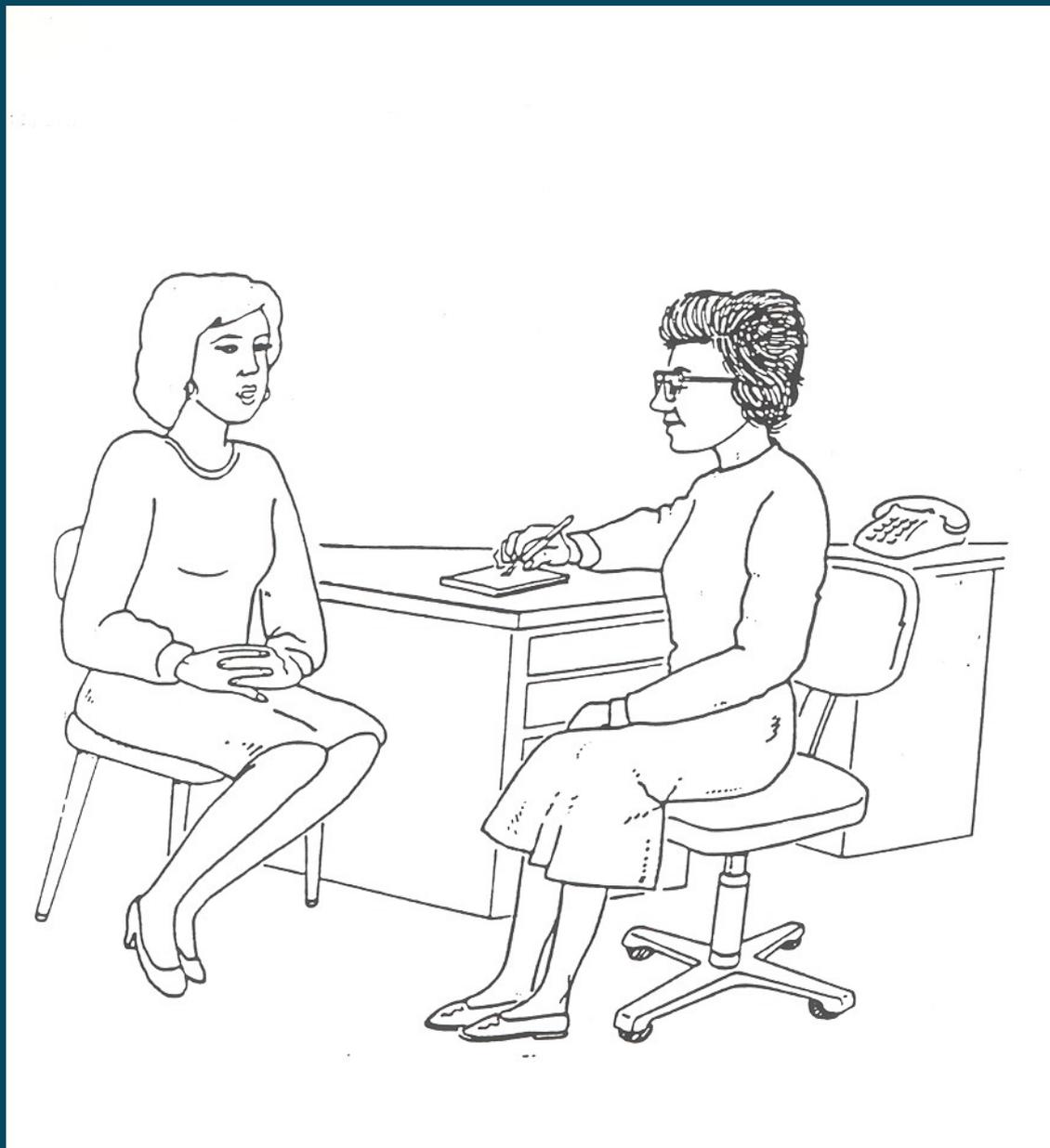
DSPMC - PSY





WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



# •BARRIERE COMUNICATIVE

- aumentano o diminuiscono la distanza “ottimale” tra operatore e utente e compromettono l’efficacia del colloquio perché
- diminuiscono la rilevanza, l’accuratezza e la quantità delle informazioni ottenute, modificando il loro contenuto e il loro significato



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# •LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE

## • BARRIERE

### •1. *Barriere ambientali*

- (rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)

### •2. *Barriere culturali*

- (linguaggio, istruz., religione, educazione, età, sesso)

### •3. *Barriere sociali*

- (gerarchia, status sociale, classe sociale)

### •4. *Stato emotivo dell'utente*

- (paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore depressione, ostilità, rabbia).

### •5. *Stato emotivo dell'operatore*

(irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)

### •6. *Comportamento dell'operatore*

(frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente )

### •7. *Stile dell'intervista*

centrata sull'operatore

### •8. *Caratteristiche del messaggio*

(mancanza di chiarezza)

### •9. *Intonazione*

## COME RIDURRE LE BARRIERE

Migliorare l'ambiente

Adottare un linguaggio comprensibile per il paziente; aumentare il feedback

Non assumere comportamenti di superiorità

Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse

Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare

Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra operatore e utente

***Spostare l'attenzione sull'utente***

Formulare il messaggio in modo chiaro logicità, precisione e concisione

Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo



WHO Collaborating Centre

DSPMC - PSY

# •LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA OPERATORE E UTENTE

## • BARRIERE

### •1. *Barriere ambientali*

- (rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)

### •2. *Barriere culturali*

- (linguaggio, istruz., religione, educazione)

### •3. *Barriere sociali*

- (gerarchia, status sociale, età)

### •4. *Stato emotivo dell'utente*

- (paura, ansia, depressione, vergogna, colpa, pudore, depressione, ostilità, rabbia).

### •5. *Stato emotivo dell'operatore*

- (paura, ansia, depressione, irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)

### •6. *Comportamento dell'operatore*

- (frettoloso, distaccato, invadente)

### •7.

### •8.

### •8.

- (linguaggio (chiarezza))

### •9. *Intonazione ed articolazione delle parole*

- l'articolazione, il

## COME RIDURRE LE BARRIERE

•Non è possibile ridurre le barriere?

•Esplicitarne e commentarne la loro presenza con l'utente!

Migliorare l'ambiente di lavoro; utilizzare un linguaggio comprensibile per l'utente; aumentare il feedback

Non assumere comportamenti di superiorità

Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse dall'utente

• Evitare i comportamenti che riducono la distanza tra operatore e utente

• Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, riflessivi ecc

• Formulare il messaggio con chiarezza, logicità, precisione e concisione

• Perfezionare la pronuncia, il tono ed il ritmo

# Come prendere appunti durante il colloquio

- Pochi appunti, solo i dati più rilevanti: cronologia, eventi e problemi
- Avvertire l'utente
- Mantenere l'attenzione centrata sull'utente, non perdere il contatto visivo



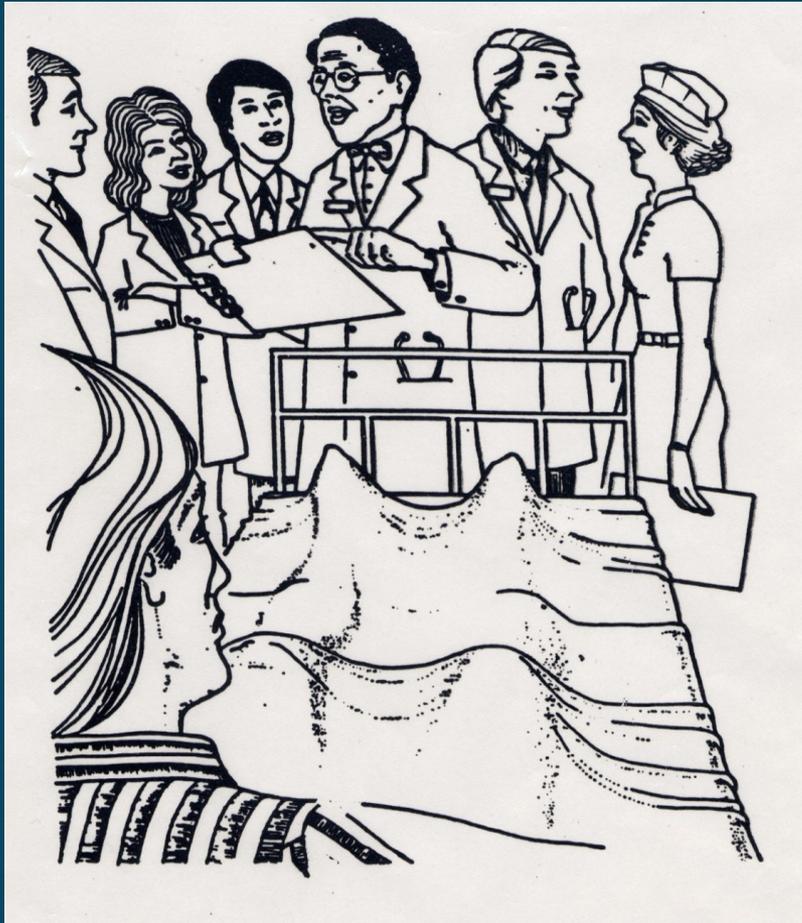
WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



- Swayden et al. (2012)
- studio clinico randomizzato:
- i pazienti percepiscono i medici che si siedono accanto al malato, anziché stare in piedi come:
- presenti più a lungo,
- si sentono più capiti
- riportano una miglior comprensione della loro condizione

# Scopi della prima parte della consultazione

- capire di cosa vuol parlare il paziente
- far sentire a proprio agio il paziente,
- valutare quello che il paziente sta provando – riconoscere il vissuto personale del paziente.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Identificare le ragioni della visita

## Domanda d'apertura

- *'Come sta?'* consente al paziente di raccontare in termini più ampi ciò che prova, ma non necessariamente di scoprire il problema concreto per il quale ha richiesto la consultazione
- *'Come posso esserle d'aiuto?'* è più diretta
- *'Mi dica, come mai è qui?'* è meno medico in senso stretto, ma più aperto
- *'Qual è la sua agenda di oggi?'*
- *'Bene', 'Sì' o rimanere in silenzio usando solo il linguaggio corporeo* sono metodi estremamente aperti per cominciare il colloquio e lasciare spazio al paziente. Tuttavia, danno poche indicazioni al paziente.
- Anche le visite di controllo possono implicare ulteriori motivazioni, oltre a quelle attese dal medico

(Robinson & Heritage 2006).



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Effetto di domande chiuse sulla raccolta delle informazioni

- L'utilizzo di domande chiuse subito dopo l'introduzione del primo problema da parte del paziente riduce la probabilità di esplorare tutte le questioni rilevanti che il paziente vorrebbe discutere.
- L'enfasi si sposta velocemente da un modello centrato sul paziente ad uno centrato sul medico.
- Il paziente tende a rimanere relegato in un ruolo passivo, cercando di assecondare il medico con brevi risposte.
- Ne consegue, è una raccolta di informazioni inefficiente ed inaccurata.

Beckman & Frankel



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Tecniche per strutturare l'intervista e raccogliere informazioni

- **Incoraggiare il paziente ad esprimere le preoccupazioni principali** usando domande aperte, facilitazioni, commenti riflessivi, chiarificazioni, verifiche, transizioni
- Mantenere un **ascolto attivo**
- Usare **brevi riassunti intermedi**
- Assicurarsi di aver **completato la lista**
- **Negoziare l'agenda** della consultazione
- E' un'abilità che si può **apprendere**



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Sviluppare la nostra capacità di ascoltare in maniera attiva:

- 1. Uso efficiente delle pause** consente al paziente lo spazio per riflettere e partecipare di più senza interruzioni e al medico quello per ascoltare, pensare e rispondere in modo più flessibile (Rowe ,1986).
- 2. Uso di risposte facilitanti** all'inizio più neutre, in seguito sono utili commenti riflessivi e riformulazioni
- 3. Competenze non-verbali** (postura, movimento, vicinanza, direzione dello sguardo, contatto visivo, gesti, affettività, indizi vocali (tono, frequenza, volume del discorso), espressione facciale, tatto, aspetto fisico ed indizi ambientali (mobilio, illuminazione, temperatura)
- 4. Capacità di cogliere segnali verbali e non-verbali.** richiede sia di ascoltare sia di osservare.



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Usare brevi riassunti intermedi *screening*

Processo di verifica che si fa col paziente per controllare di aver individuato tutto ciò di cui egli desidera discutere ponendo ulteriori domande aperte

*es: Quindi, si è sentito molto stanco ed irritabile e si sta chiedendo se possa essere anemico. Qualcos'altro?*

**'C'è qualcos'altro di cui desidera parlarvi?'**

**"Is there something else?" più efficace per lo screening rispetto a 'C'è nient'altro di cui desidera parlare oggi?.**

**"Is there anything else? (Heritage et al., 2007)**

**Alla fine di questo processo quando il paziente dice 'No, è tutto', è necessario controllare la vostra comprensione e dare al paziente l'opportunità di verificare che avete compreso il loro racconto**



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Usare brevi riassunti intermedi *screening*

L'approccio a quattro fasi per individuare l'agenda del paziente è suddiviso in:

- domanda di apertura;
- ascolto;
- verifica (*screening*);
- conferma.

*Es: Posso immaginare che tutti questi sintomi l'abbiano fatta preoccupare e li analizzeremo per bene tra un minuto, ma prima vorrei verificare se ci sono anche altre questioni per cui posso esserle d'aiuto'*

# NEGOZIARE L'AGENDA

Le priorità possono essere stabilite e negoziate:

*es: Va bene se cominciamo per prima con i problemi nuovi, la diarrea e la febbre e poi continuiamo coi problemi che ha avuto con i farmaci?*

Può anche essere aggiunta l'agenda del medico:

*'OK, per prima pensiamo al mal di testa e poi valutiamo il prurito. Se per lei non è un problema vorrei poi controllarle la pressione sanguigna e le medicine per la tiroide'*

Negoziando le priorità, stabilire la gerarchia tra le preoccupazioni del paziente ed il parere del medico su quale problema abbia importanza immediata

*'Ho capito che l'artrite è ciò che le dà più fastidio oggi, ma se non le dispiace vorrei cominciare controllando prima il dolore al petto di cui ha sofferto la settimana scorsa.*

Si incoraggia il paziente ad essere più attivo, responsabile ed autonomo. Si riduce l'incertezza. Aumenta l'efficienza dell'intervista

Meno reclami (Levinson et al. 1997)



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# LA PRIMA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere le ragioni che hanno portato il paziente alla richiesta di cura

## Processo

- Definire i tempi
- La narrazione del paziente sulla vita attuale, gli eventi, la famiglia, il lavoro, le malattie e la storia personale e sociale.
- Cogliere i segnali verbali e non verbali di emozioni e facilitare la loro espressione.
- Da domande aperte a domande chiuse (cono)
- Ascolto attivo
- Uso di facilitazioni
- Cogliere i segnali manifestati dal paziente
- Chiarire
- Riassumere
- Uso appropriato del linguaggio
- controlla la completezza della lista dei sintomi e stabilisce con il paziente le priorità



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# LA PRIMA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere le ragioni che hanno portato il paziente alla richiesta di cura

## Contenuti da indagare

### Prospettiva biomedica - disease

analisi dei sintomi  
sequenza degli eventi – anamnesi  
revisione degli apparati

### Prospettiva del paziente - illness

idee e credenze  
preoccupazioni  
aspettative  
impatto sulla qualità della vita  
sentimenti - emozioni

### Anamnesi Remota

Storia medica pregressa  
Storia relativa all'uso dei farmaci e di allergie  
Storia familiare  
Storia personale e sociale  
Revisione dei principali apparati



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Importanza di raccogliere dal paziente tutte le informazioni

Una buona raccolta della storia del paziente e dell'anamnesi contribuisce alla **diagnosi** per il 60-80%. (*Peterson et al., 1992*)

L'**ordine** con cui i pazienti presentano i loro problemi non è collegato alla loro importanza clinica (*Bakeman e Frankle, 1984*).

Spesso i medici **interrompono** il paziente al primo problema portato e dopo pochi secondi (23 in media!, *Marvel et al., 1999, Rhoades et al., 2001*)

I pazienti lasciati parlare, occupano in media 90" e in genere non più di 2 minuti" (*Langewitz et al., 2002*)

*Rabinovitz et al., 2004 – studio in Israele su consultazioni di medicina generale promemoria - 'Quando il paziente inizia a parlare, non interromperlo fin quando sei certo che non abbia terminato'. il numero di pazienti che all'inizio del colloquio completava il racconto senza essere interrotti raddoppiò del 32%*



WHO  
Collaborating  
Centre

DSPMC - PSY

# Importanza di raccogliere dal paziente tutte le informazioni

La non completa raccolta di informazioni aumenta la probabilità di:

informazioni rilevanti portate a fine consultazione (*Ruiz Moral et al., 2006*).

insoddisfazione del paziente (*Joos et al., 1993 e Kravitz et al., 1994; Lazare, 1976*).

non-collaborazione del paziente durante la consultazione (*Little et al. 1997*)

il paziente cambi medico e/o ricorra alla medicina alternativa (*Kaplan et al., 1996*).



WHO  
Collaborating  
Centre