



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

L'importanza di una comunicazione corretta in medicina

Francesco Muzzarelli

Scuola di Psicologia e Scienze della
Formazione

Università di Bologna

www.francescomuzzarelli.it

Il medico abile è un uomo che sa divertire con successo i suoi pazienti, mentre la natura li sta curando.

Voltaire

SALUTE CARDIO-POLMONARE



COMUNICAZIONE MEDICO – PAZIENTE



COMUNICAZIONE COL PAZIENTE... CHE NOVITA'!?

- Approccio **F.Q.C.P.T.C.P.T**

- Approccio **C.S.S.**



LA COMUNICAZIONE MEDICO – PAZIENTE... A PAROLE

- Empatica
- Coinvolgente
- Scientificamente rigorosa
- Accessibile
- Concreta
- Assertiva
- Orientata al vissuto del paziente e non (solo) alla malattia
- Etc. etc. etc.



CERTO... ma come si fa?



Lei deve sapere che... è affetto da una patologia severa che ha molti aspetti di complessità...

in quanto rappresentata contemporaneamente da una limitazione del flusso aereo e da una risposta infiammatoria cronica dei polmoni.

Quindi dovrà rivedere molte delle sue abitudini di vita, soprattutto se compariranno complicazioni cardiovascolari; speriamo di no, ma è probabile.

Dovrà conviverci probabilmente per tutta la vita, se ne faccia una ragione.

Il farmaco la aiuterà ma ha effetti collaterali importanti coi quali fare i conti...

vedremo cosa succederà nel tempo.



GLI ERRORI PIU' FREQUENTI

1. Interruzione precoce del paziente (22 secondi)
2. Deragliamento su altro focus
3. Minimizzazione e rassicurazione prematura
4. Spostamento del focus sull'area fisica
5. Impiego del gergo tecnico



DI CHE SI TRATTA?

Sensibilità Umanità Gentilezza ?

Parte integrante dell'atto medico !



COMUNICAZIONE: STRUMENTO DI CURA





GUARIRE O CURARE?

GUARIRE: sconfitta della malattia, il paziente è un «impiccio emozionale» (**Dr House**)

CURARE: il paziente come persona, la sua percezione, la sua storia, il suo futuro (**E.R. Medici in prima linea**)

Tutti sono sempre curabili, qualcuno è inguaribile.

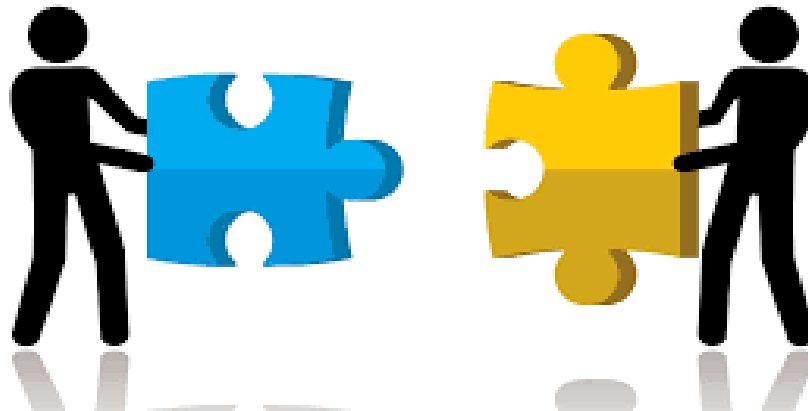


DA GUARIRE A

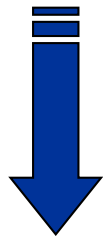
«PRENDERSI CURA»

Cura della **malattia** → cura della **persona con la
malattia**

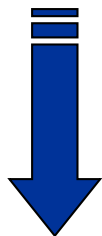
Aiuto attraverso la **relazione**, non solo attraverso
l'**azione** (prescrizione e chirurgia)



● Medicina "*disease and doctor centered*"



● Medicina "*patient centered*"



**Rendere programmatica l'attenzione al
vissuto soggettivo del paziente**





- ▶ Allungamento vita media e aumento delle malattie croniche
- ▶ Aumento disponibilità di farmaci per una singola patologia
- ▶ Aumento della complessità degli schemi di terapia
- ▶ Gestione multidisciplinare del paziente
- ▶ Crescita del livello d'informazione richiesto
- ▶ Self management del paziente tramite Google



LA SFIDA DEL PAZIENTE CRONICO

- Farsi ascoltare
- Dare indicazioni di comportamento
- Ottenere collaborazione
- Mantenerla nel tempo



— Non mi interessa se lei è medico da quindici anni! Io sono paziente da trenta!

I RISCHI IN GIOCO

1. sbagliare diagnosi, prognosi e trattamento
2. non-collaborazione del paziente durante l'anamnesi (informazioni lacunose)
- 3. inosservanza del programma terapeutico**
4. *doctor shopping*
5. denunce per *malpractice*
6. organizzazione difensiva della personalità del paziente (aggravamento della malattia organica e interferenza col piano terapeutico)
7. sentimenti di rabbia e sensi di colpa nel medico





MEDICO E PAZIENTE: AGENDE MENTALI A CONFRONTO

Sintomi e categorie diagnostiche

Sentimenti, interpretazioni, aspettative
contesto familiare, lavorativo, sociale



MEDICO E PAZIENTE: AGENDE MENTALI A CONFRONTO

Cure eziologiche, cure sintomatologiche

PAURA + MODELLO «INGENUO» DI MALATTIA



MEDICO E PAZIENTE: AGENDE MENTALI A CONFRONTO

Si deve/Bisogna/E' sbagliato...
Lei fa' così perché...
Perché? – perché? – perché?

REATTANZA PSICOLOGICA



La teoria della motivazione alla protezione da eventi avversi (*R.W. Rogers*)

Ruolo critico attivante/disattivante
di **5 percezioni/convinzioni**:



1. quanto è **grave la minaccia** (percezione di intensità)
2. quanto sono **esposto alla minaccia** (percezione di vulnerabilità)
3. quanto **posso mettere in atto** i comportamenti necessari per proteggermi (percezione di autoefficacia)
4. quanto la mia risposta comportamentale **darà risultati** (percezione di efficacia della risposta)
5. quanto **"mi costa"** la risposta (tempo, energia, denaro)

OK, COMUNICAZIONE, MA...

- Che significa più in dettaglio?
- Che fare in concreto?



COMUNICAZIONE?

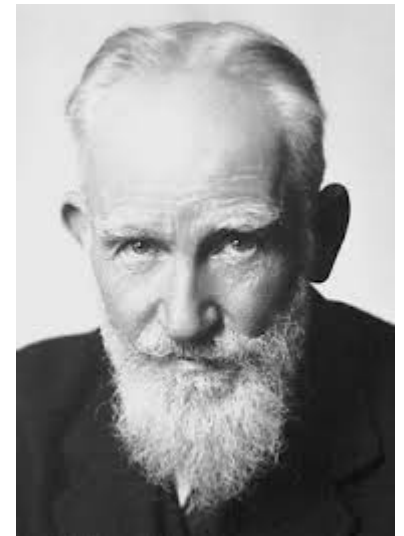


Ho un buon livello culturale, ho esperienza,
sono molto preparato sull'argomento,
quindi non ho "problemi di comunicazione"!

Il più comune e pericoloso equivoco

Il maggior problema della comunicazione è l'illusione che sia avvenuta.

George Bernard Shaw



UN CASO PARTICOLARE...



VID-20140507-WA0000.mp4

LA CASCATA DELLA COMUNICAZIONE

- **pensare** non vuol dire che è stato **detto**
- **dire** non vuol dire che è stato **sentito**
- **sentire** non vuol dire che è stato **compreso**
- **comprendere** non vuol dire che è stato **fatto**
- **fare** non vuol dire che è stato **fatto esattamente**



Quello che conta è il risultato!

PENOMBRA

CONNOTATIVA



ESEMPI DI PENOMBRA CONNOTATIVA

Criptotipi

- Una vecchia porta la sbarra
- Facciamogli subito una TAC perché anche se aveva il casco s'è rotto!



ESEMPI DI PENOMBRA CONNOTATIVA



- Ho visto il postino col cannocchiale
- La porta sulle scale, la scopa sul pianerottolo e la vecchia crepa in cantina

UN ALTRO ESEMPIO



«Se l'uomo sapesse realmente il valore che ha la donna andrebbe a quattro zampe alla sua ricerca»

UN FAMOSO ESEMPIO

«Ibis redibis non morieris in bello»

1. Ibis, redibis, non morieris in bello

2. Ibis, redibis non, morieris in bello



L'ARCO DI DISTORSIONE

EVIDENTEMENTE NON HAI CAPITO!

NO, VERAMENTE SEI TU CHE NON TI SAI SPIEGARE!



IO

L'ALTRO

100% >>> 70% >>> 40% >>> 20% >>> 10%



Voglio dire

Dico

Recepisce

Capisce

Ricorda





***ACCORGIMENTI PER
COMUNICARE EFFICACEMENTE
CON IL PAZIENTE E PROMUOVERE
L'ADERENZA AI TRATTAMENTI***

PROTOCOLLO *SPIKES* A SEI GRADINI

Baile, Buckman e coll. (2000)

- 1. Setting-up:** preparazione della disposizione all'ascolto (no giudizio, no direttività)
- 2. Perception:** raccolta delle percezioni e delle preoccupazioni del paziente
- 3. Invitation:** verifica della volontà di ricevere informazioni sui dettagli della patologia
- 4. Knowledge:** dare le conseguenti informazioni mediche necessarie per fargli comprendere la situazione
- 5. Exploring and Empathising:** aiutare il paziente a esprimere emozioni, dubbi, con atteggiamento empatico
- 6. Strategy and Summary:** concordare una strategia di intervento concreta e realistica (priorità, ostacoli, loro superamento); riassunto scritto e verifica della comprensione; chiusura e rilancio al futuro

Come essere CHIARI E CONVINCENTI?

- **Preannunciare** il tema e lo scopo del proprio messaggio
- Usare **frasi brevi** (circa 7 parole)
- **Scandire** bene le parole
- Argomentare **strutturatamente** (andare per punti, con ordine)
- Non andare **fuori tema**
- Esser **specifici** senza diventare **prolissi**
- Fare **esempi** per offrire concretezza e favorire il ricordo
- Usare **analogie** e **metafore**
- **Parafrasare**
- Spiegare il **linguaggio tecnico**
- Riepilogare i **punti salienti**
- Attenzione alla **voce** (volume, tono e ritmo)



QUALCHE NOTA FINALE

- Messaggi in prima persona *versus* messaggi in seconda

(«Le chiedo di...» invece di «Bisogna che lei...» o «Lei deve...»)

- Collocazione tattica delle congiunzioni avversative (ma, però)

*«Il farmaco la farà guarire **ma** ha effetti collaterali importanti»*

*«Il farmaco ha effetti collaterali importanti **ma** la farà guarire»*

- Attenzione al potere delle parole:

«Questa patologia è incurabile»

«Dovrà conviverci per tutta la vita, se ne faccia una ragione»

«Deve farsi forza, si comporti da adulto»

«Non reagisca così che è peggio»

«Cerchi di non pensarci»

«Guardi che c'è di peggio»



Se comunichiamo male, forse non ci perdoneranno mai.

Se comunichiamo bene, forse non ci dimenticheranno più.



Gracie