

LO SVILUPPO DI COMPETENZE
COMUNICATIVE E RELAZIONALI NELLA
FORMAZIONE DEL GIOVANE MEDICO

Carlo Cipolli
Università di Bologna
Modena, 19 Novembre 2014

EVOLUZIONE RECENTE DELL'ORDINAMENTO DIDATTICO DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

- Legge 168/1987 (Artt. regolamentari dell'autonomia didattica delle Università)
- **LAUREA SPECIALISTICA - LS 46** (D.M. 509/99)
360 CFU, di cui 60 di tirocinio professionalizzante
- **LAUREA MAGISTRALE - LM 41** (D.M. 270/2004)
360 CFU, di cui 60 di tirocinio professionalizzante.
Piccole modifiche rispetto all'ordinamento precedente.

Classe 41 delle LM in Medicina e Chirurgia OBIETTIVI FORMATIVI QUALIFICANTI

- “I laureati nei corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia dovranno essere dotati:
- della capacità di comunicare con chiarezza ed umanità con il paziente e con i familiari;
- della capacità di collaborare con le diverse figure professionali nelle attività sanitarie e di gruppo.”

Classe 41 delle LM in Medicina e Chirurgia

OBIETTIVI FORMATIVI QUALIFICANTI

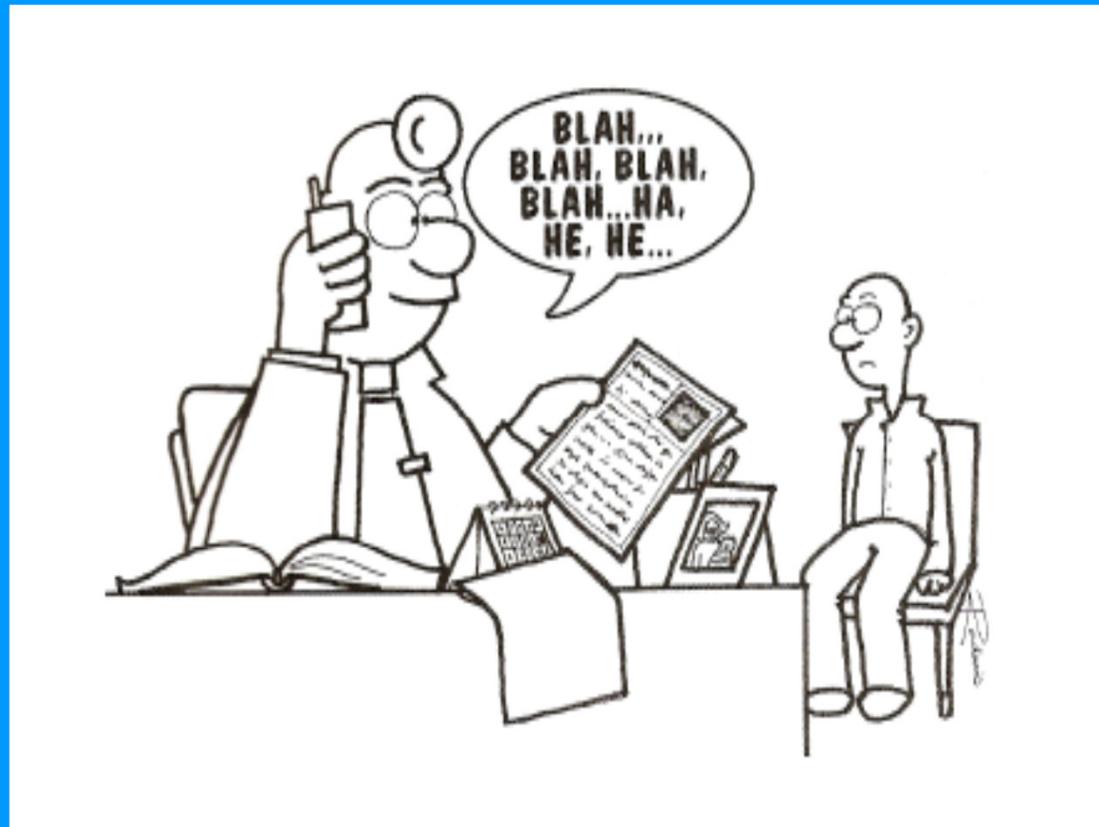
Ai fini indicati i laureati della classe dovranno avere acquisito:

- un' adeguata esperienza, maturata attraverso approfondite e continue esperienze di didattica interattiva nel campo della relazione e della comunicazione medico-paziente, della importanza, qualità ed adeguatezza della comunicazione con il paziente ed i suoi familiari, nonché con gli altri operatori sanitari, nella consapevolezza dei valori propri ed altrui

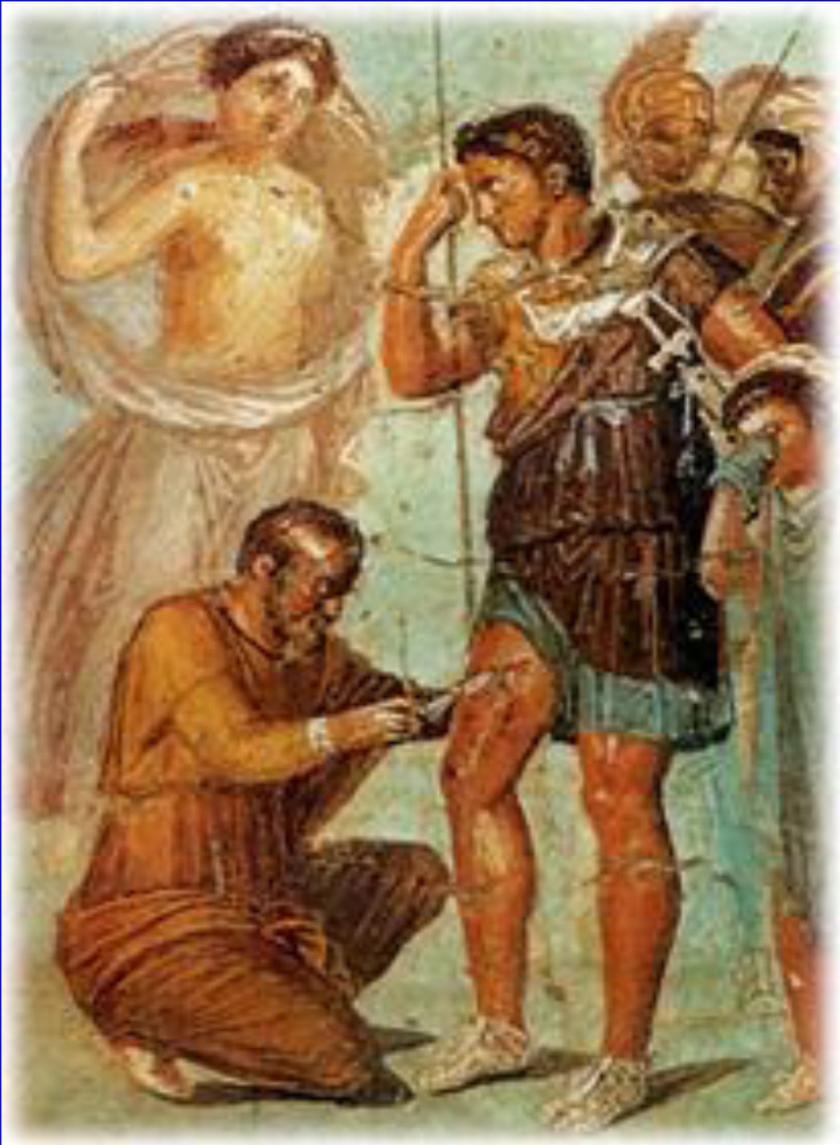
Formazione alla
Comunicazione nel
curriculum del laureato in
Medicina e Chirurgia

Perdita di tempo o investimento?

Comunicazione (in)efficace



COMUNICAZIONE IN MEDICINA



“Anche se consideriamo la loro malattia grave, molti pazienti riacquistano la salute semplicemente grazie alla presenza di un medico comprensivo, che comunichi e dia loro soddisfazione.”

IPPOCRATE, V SECOLO A.C.

**Il medico è responsabile
anche di ciò che il paziente non dice;
avrebbe dovuto chiederglielo**

Ippocrate

Approccio biopsicosociale

Images in Psychiatry

George Engel, M.D. (1913–1999)



Sociale

Biologico

Psicologico

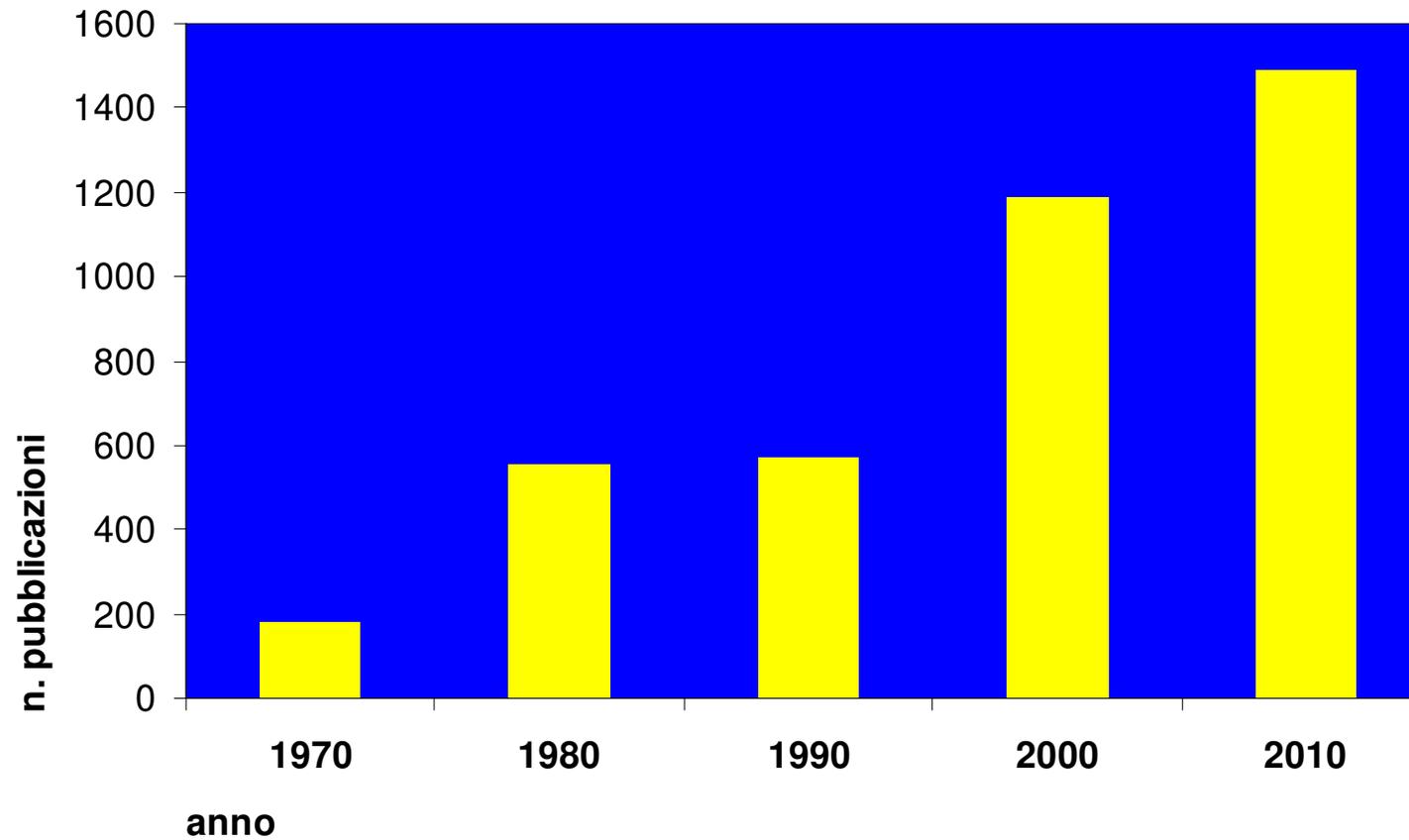
Percorso esistenziale

Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.

Science, 1977 Apr 8;196 (4286):129-36

- Rapporto soddisfacente per il paziente e per il medico
- Sviluppare competenze comunicative
 - Ascoltare **senza** interferire
 - Interrogare **senza** suggerire
 - Saper Osservare

Comunicazione Medico - Paziente (lavori indicizzati su MEDLINE)



GLI OBIETTIVI

DIAGNOSI
DI MALATTIA

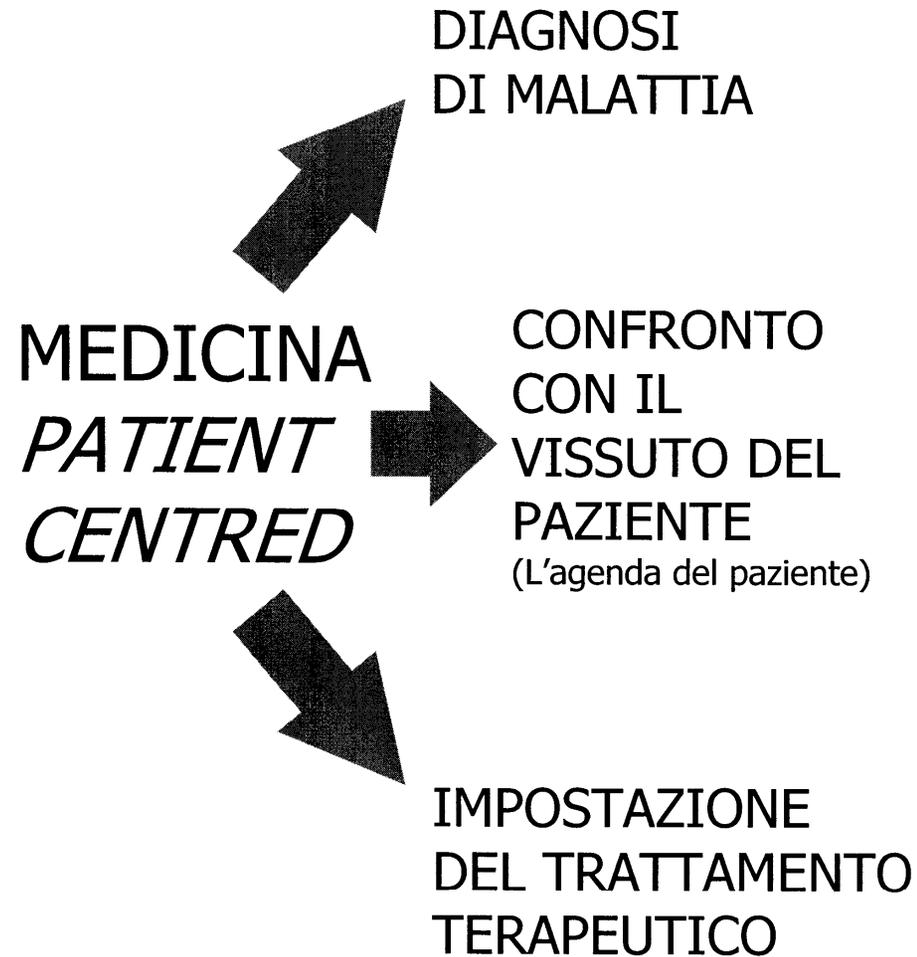


MEDICINA
DISEASE
CENTRED



IMPOSTAZIONE
DEL TRATTAMENTO
TERAPEUTICO

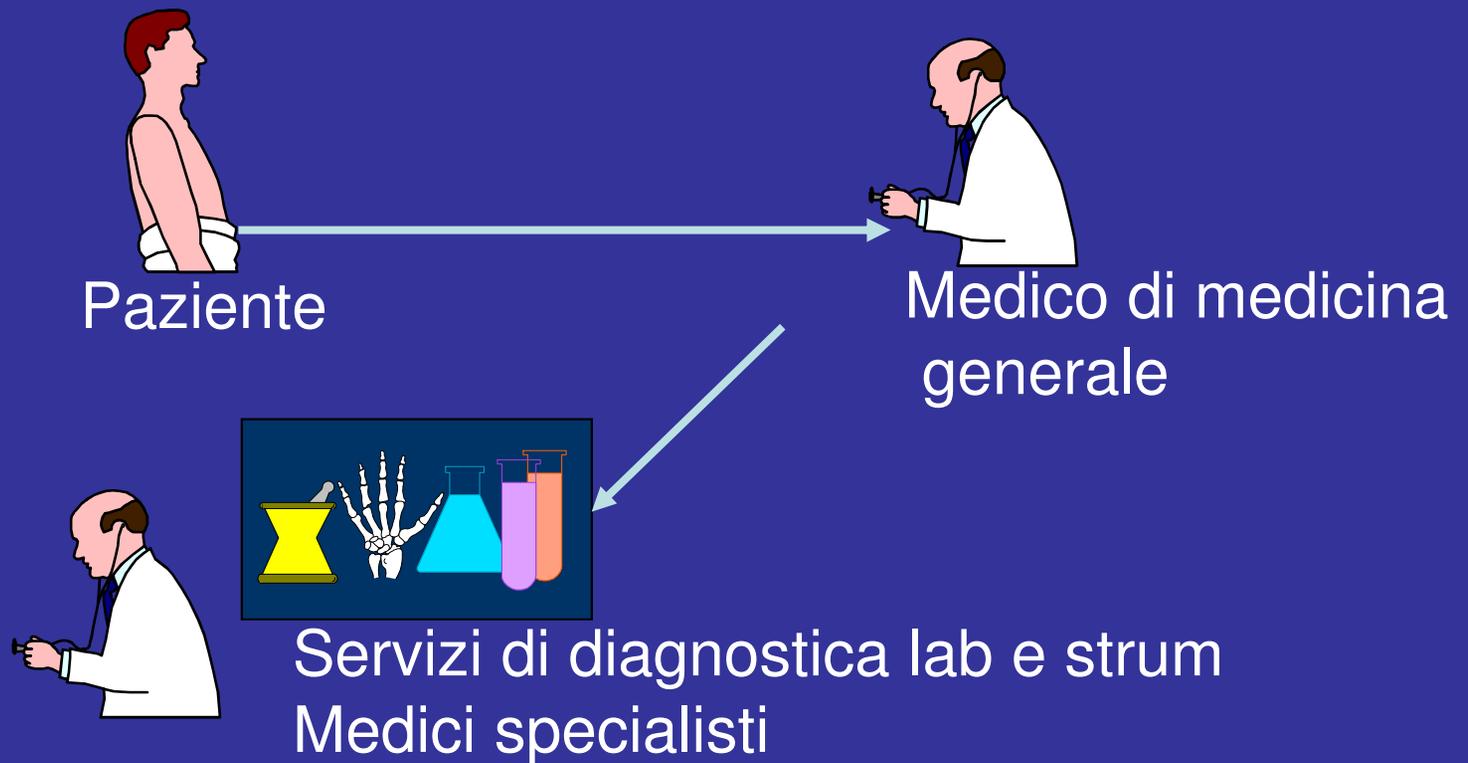
GLI OBIETTIVI



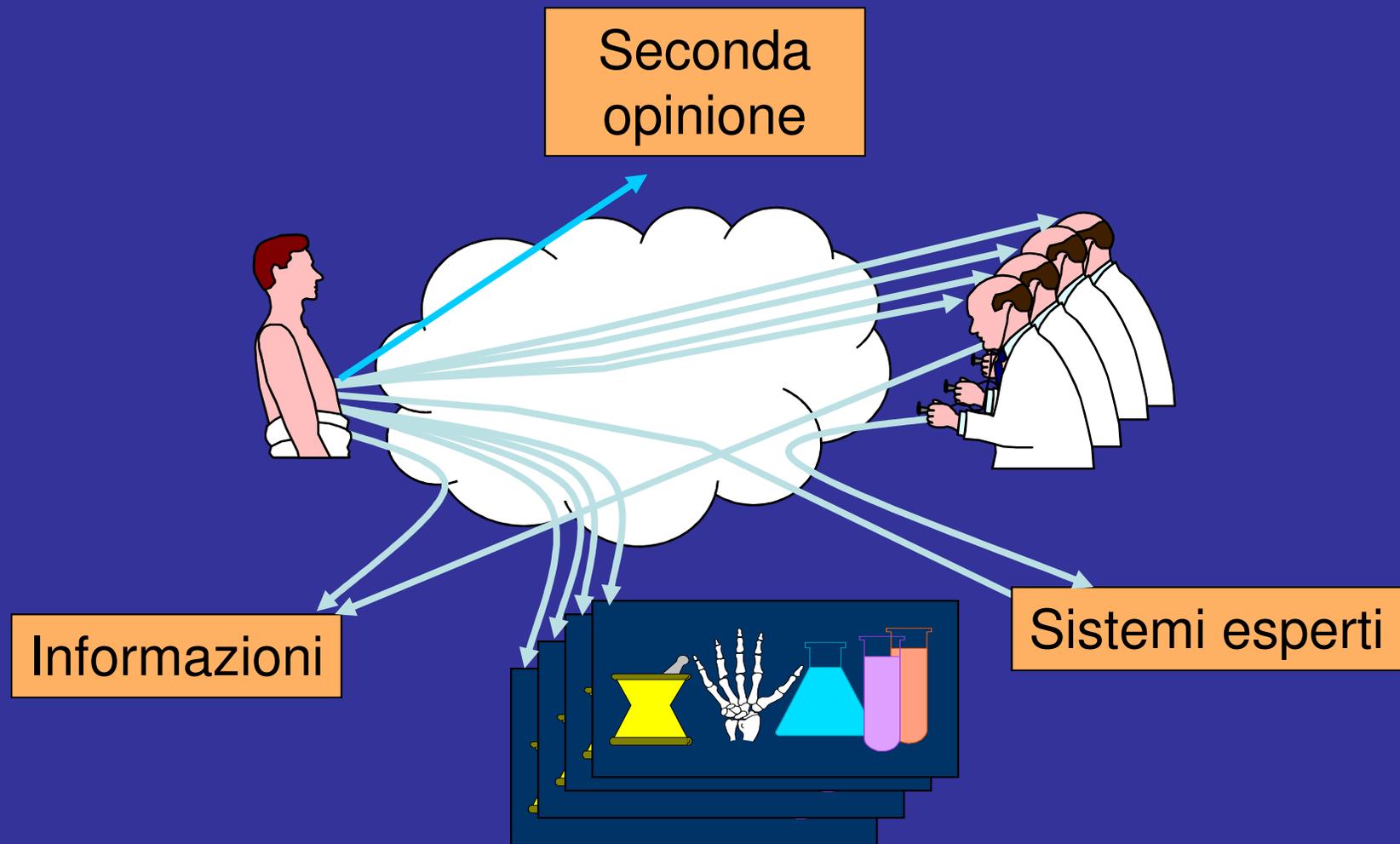




La Medicina: Pre-Internet



La Medicina: Post-Internet



Il secondo parere (Second Opinion)

Dovere/ Diritto/
Obbligo di Legge
Convalida o disconferma?

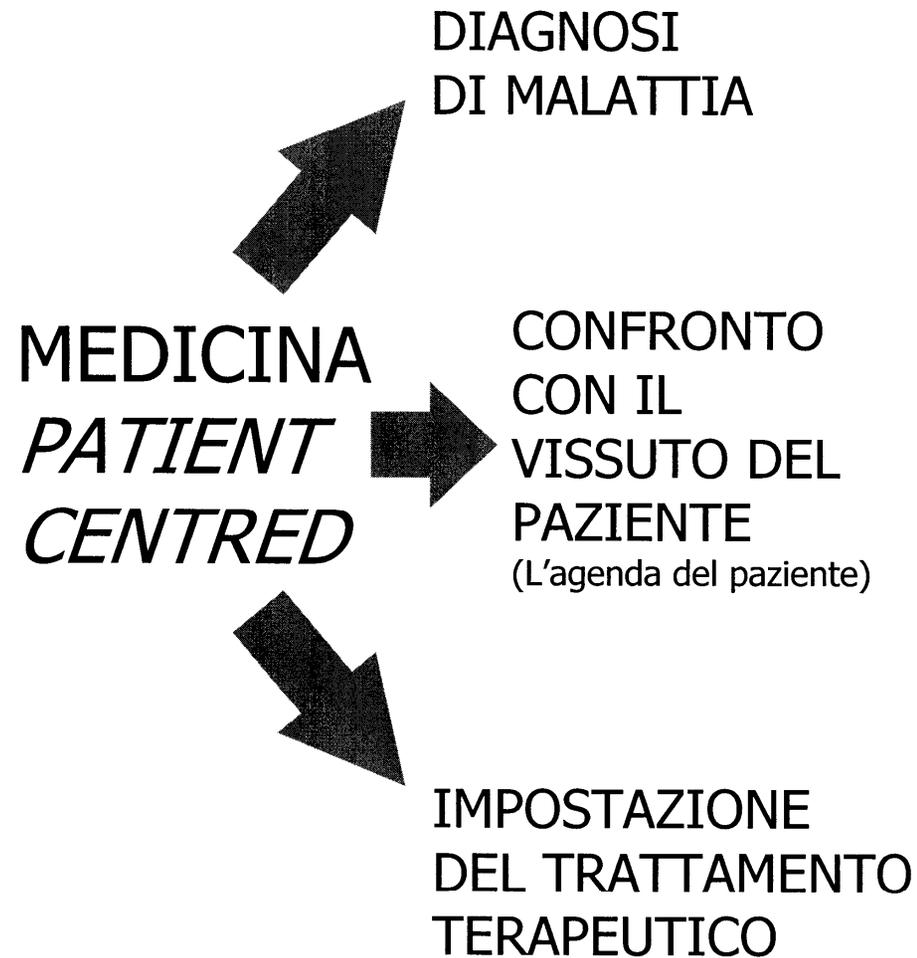
Giving Bad News

Talking with Patients after a Medical Error: What to do? What to say?

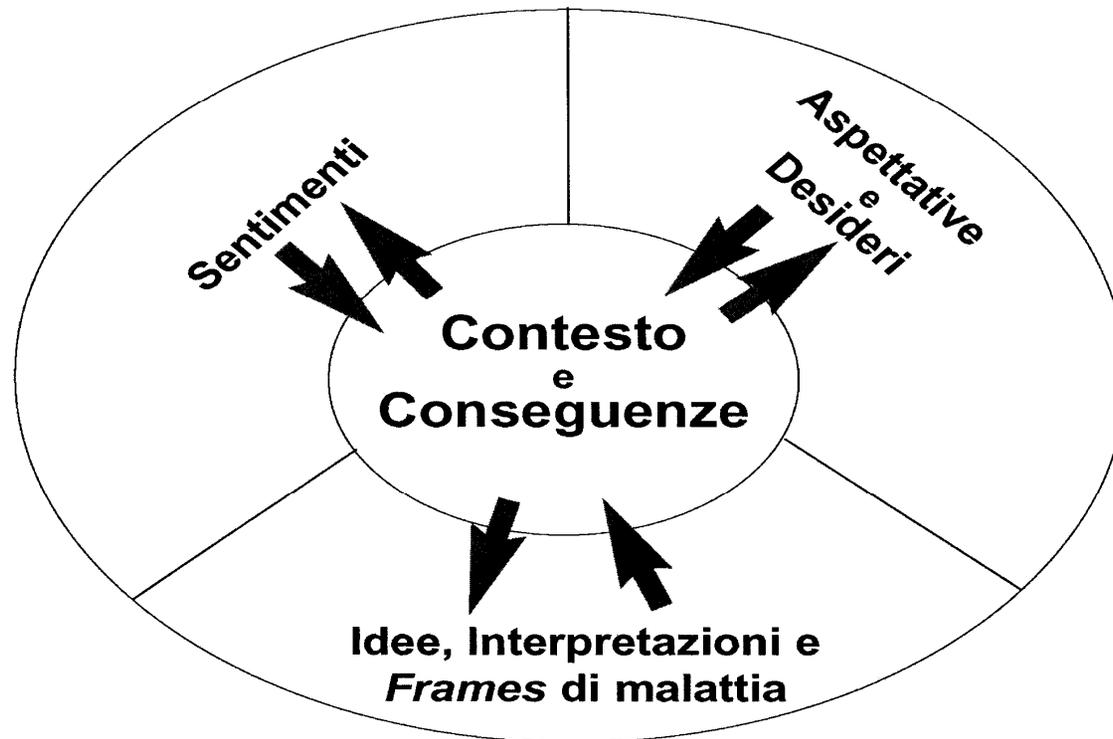
Julie Crosson, MD, Evans Educator Communication Skills
Thomas Barber, MD, Evans Educator, Department of
Medicine
ML Hannay, M.Ed., Communication & Leadership
Specialist

Medicine Grand Rounds, January 6, 2012
Boston University School of Medicine

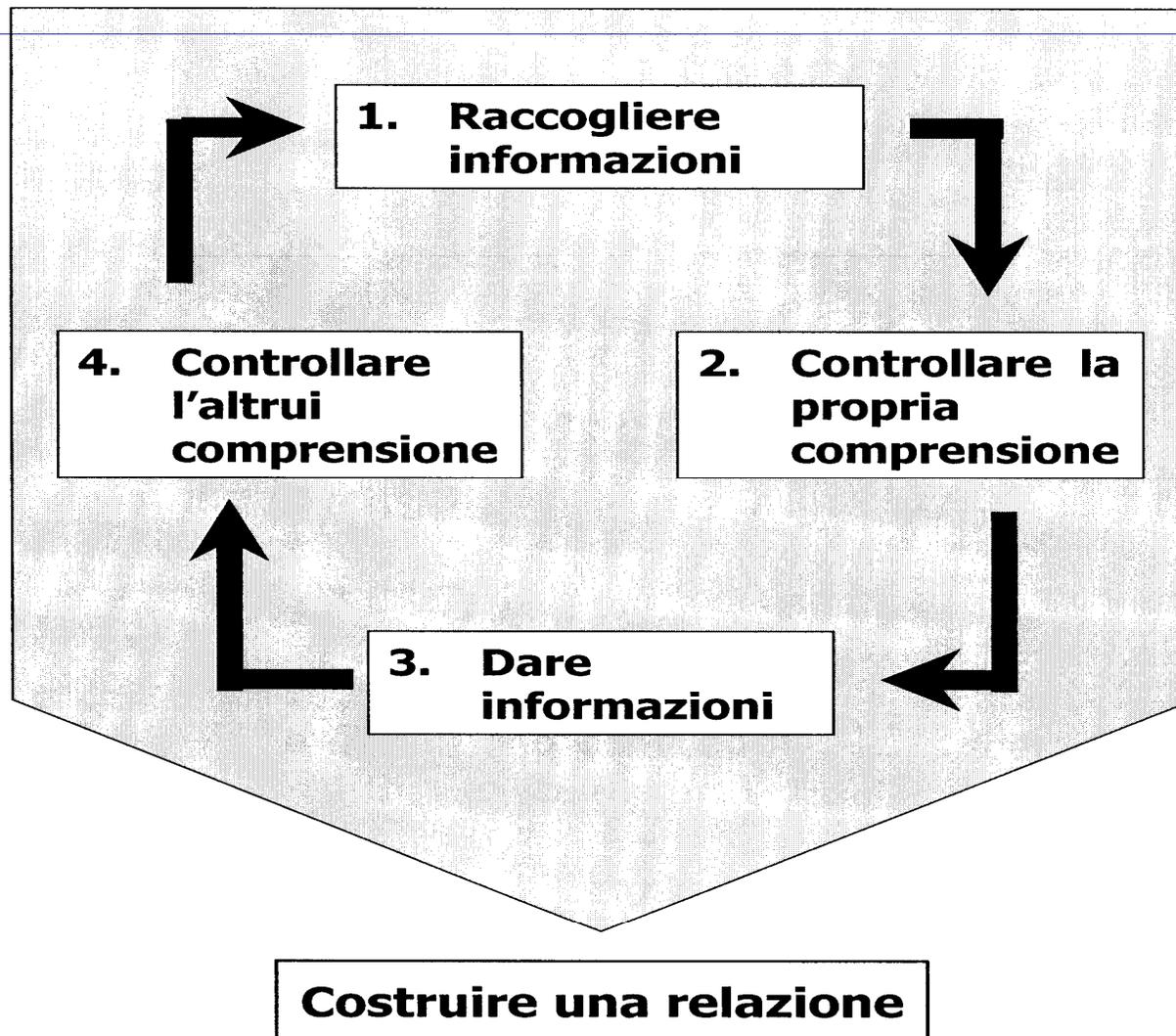
GLI OBIETTIVI



L'AGENDA DEL PAZIENTE



IL PROCESSO COMUNICATIVO-RELAZIONALE

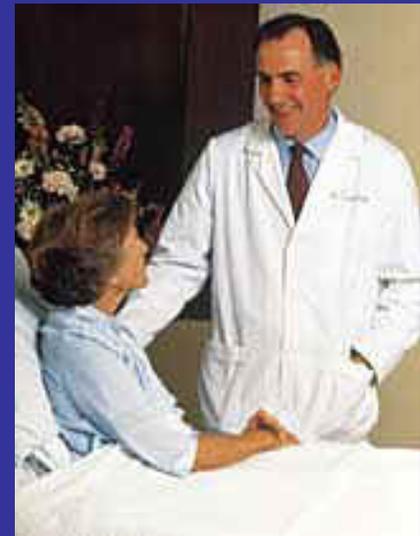


Comunicazione
“competente”

Cosa e'?

medico-paziente

- Il nodo cruciale della buona pratica medica
- Uno dei tre elementi centrali della relazione medico-paziente
 - Comunicazione
 - Continuità della cura
 - Qualità della cura



Comunicazione medico-paziente

Perchè è importante?

- Fare domande al paziente è il modo migliore e più comune per ottenere informazioni
- Oltre il 80% delle diagnosi si basa su informazioni ottenute direttamente
- Migliora la comprensione dei sintomi e delle preoccupazioni e aspettative del paziente
- Rafforza la comprensione delle informazioni e delle istruzioni e aumenta la *compliance* del paziente

Comunicazione medico- paziente

Perchè è importante?

Molte ricerche hanno mostrato
che....

- Migliori capacità comunicative portano ad acquisire più informazioni rilevanti a fini diagnostici
- Visite più prolungate fanno sì che i pazienti si sentano più compresi e sollevati
- Più ampio è il tempo dedicato ai pazienti maggiore è la loro soddisfazione
- I pazienti insoddisfatti sono meno collaboranti negli esami e nelle visite

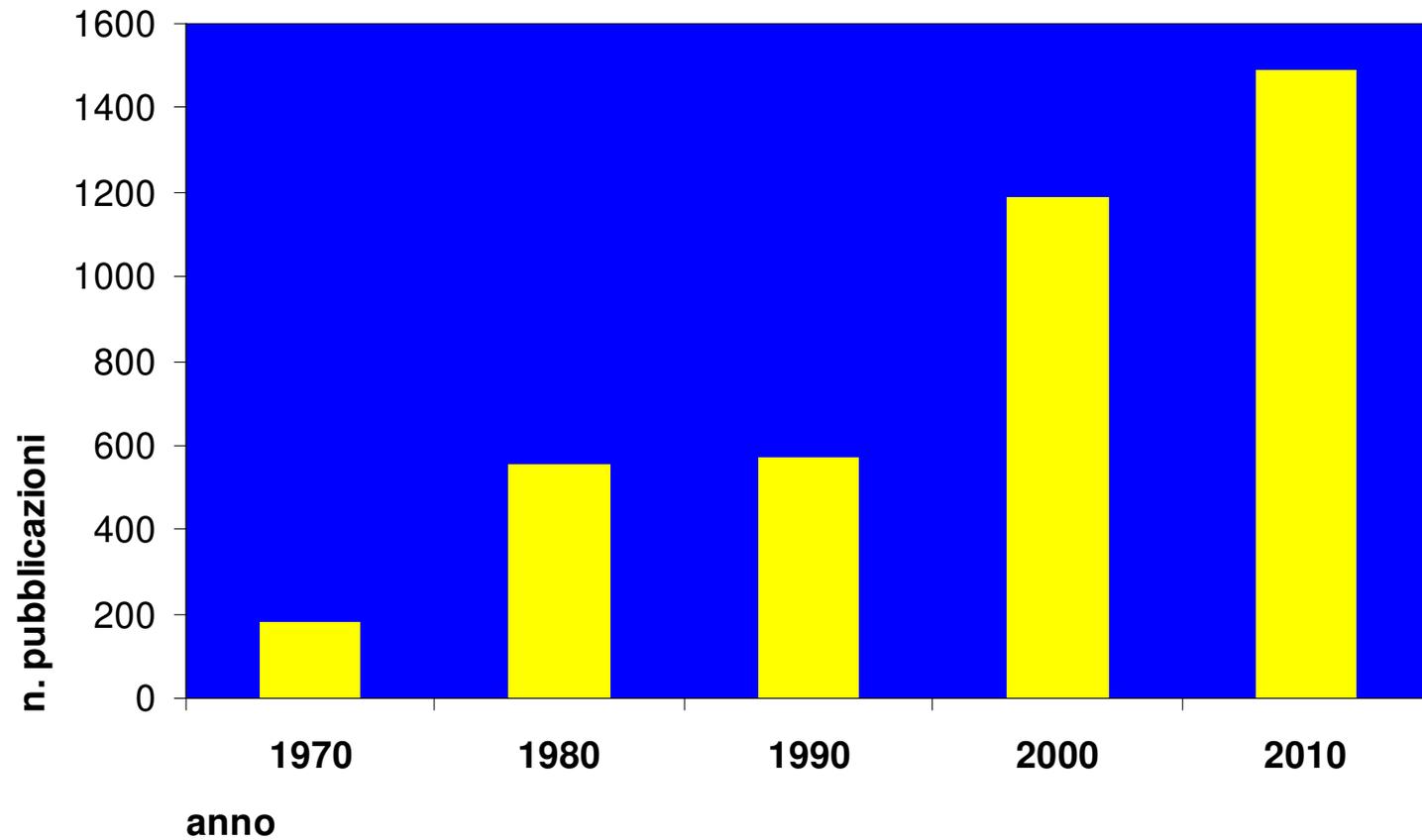
La capacità di comunicazione influenza il successo della terapia



Squilibrio conversazionale operatore sanitario - paziente

- Il medico parla complessivamente di più
- Il medico inizia il 90% degli enunciati
- Il paziente pone solo il 9% delle domande totali
- Il medico continua a porre domande senza aspettare che il paziente finisca di rispondere
- Il medico interrompe di più il paziente (ogni 15" circa)
- Il medico decide gli aspetti da discutere e quando cambiare argomento
- Il medico decide quando porre termine all'incontro

Comunicazione Medico - Paziente (lavori indicizzati su MEDLINE)

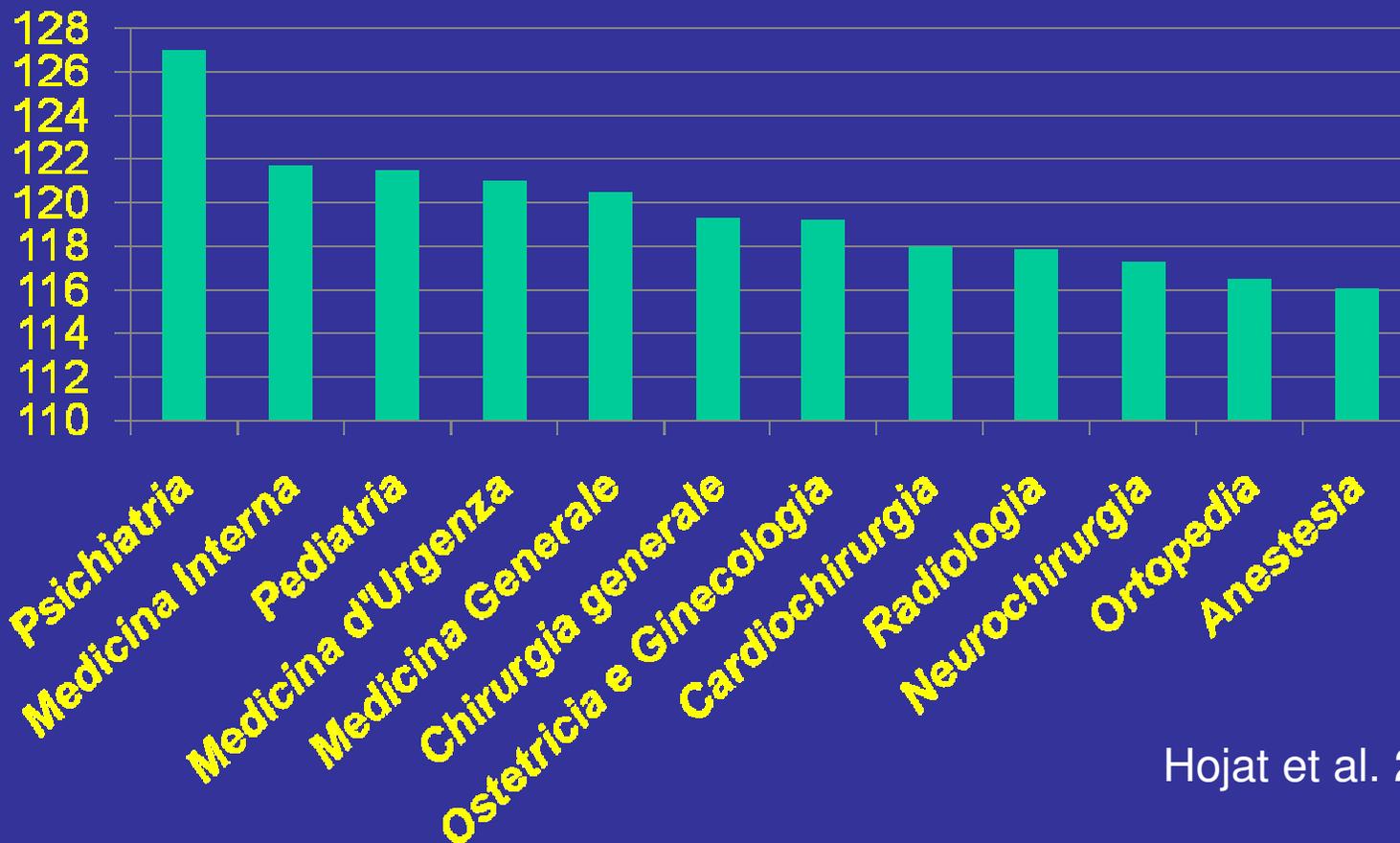


εμπαθεια

- *en-*, "dentro",
- *pathos*, "sofferenza o sentimento"
- *E' l'attitudine ad essere disponibile per un'altra persona, pronti ad offrire la nostra piena attenzione*

Valutazione dell'empatia (Jefferson Scale of Physician Empathy) in medici della regione urbana di Filadelfia

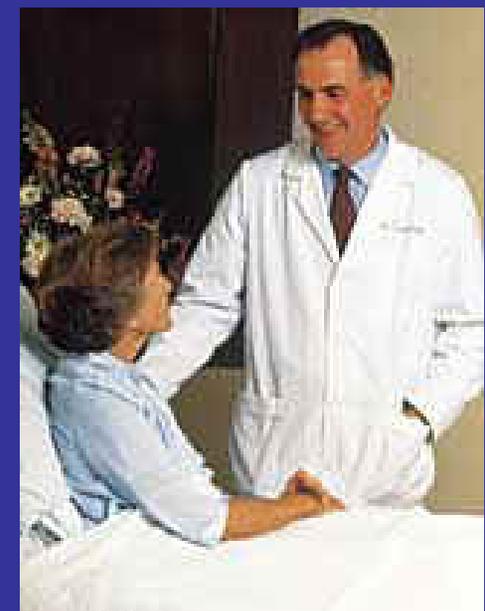
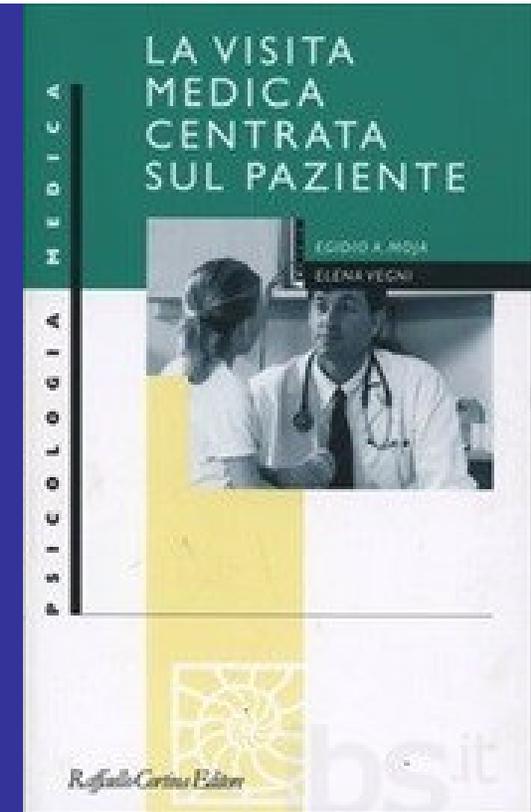
JSPE score



Hojat et al. 2002

Formazione alla Comunicazione nel curriculum del Laureato in Medicina e Chirurgia

Perdita di tempo o investimento?



Obiettivi Pedagogici (1)

Comunicazione e relazione: *gli interlocutori*

con il paziente

con i familiari

con l'equipe

con il pz chirurgico

con il pz grave

con il pz terminale

Comunicazione e relazione: *le tecniche*

Strategie relazionali

Capacità di ascolto

Capacità di feedback

Tecniche di colloquio

Comunicazione clinica come processo

Strategie formative (1)

- Lezioni frontali/teoriche
- Lezioni interattive
- Attività didattica integrativa (15- 20 persone)
- Osservazione diretta non partecipante di colloqui clinici
- Colloqui con pazienti reali
- Stesura di protocolli di osservazione
- Role playing
- Esercitazioni pratiche (videoregistrazioni di role playing e reversed role playing)

Strategie formative (2)

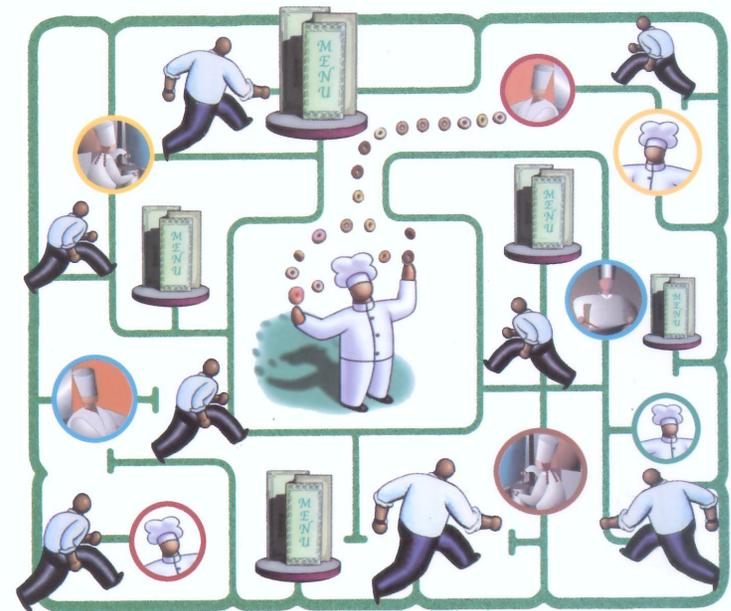
- Lavoro in piccoli gruppi (anche con tutor)
- Seminari
- Lettura e discussione di testi
- Visione e discussione di frammenti di films in piccoli gruppi
- **Visione e discussione di videoregistrazioni di visite mediche reali**
- Discussione di casi clinici
- Narratives di pazienti (medicina narrativa)
- **Focus group**
- Utilizzo di tecniche psicodrammatiche





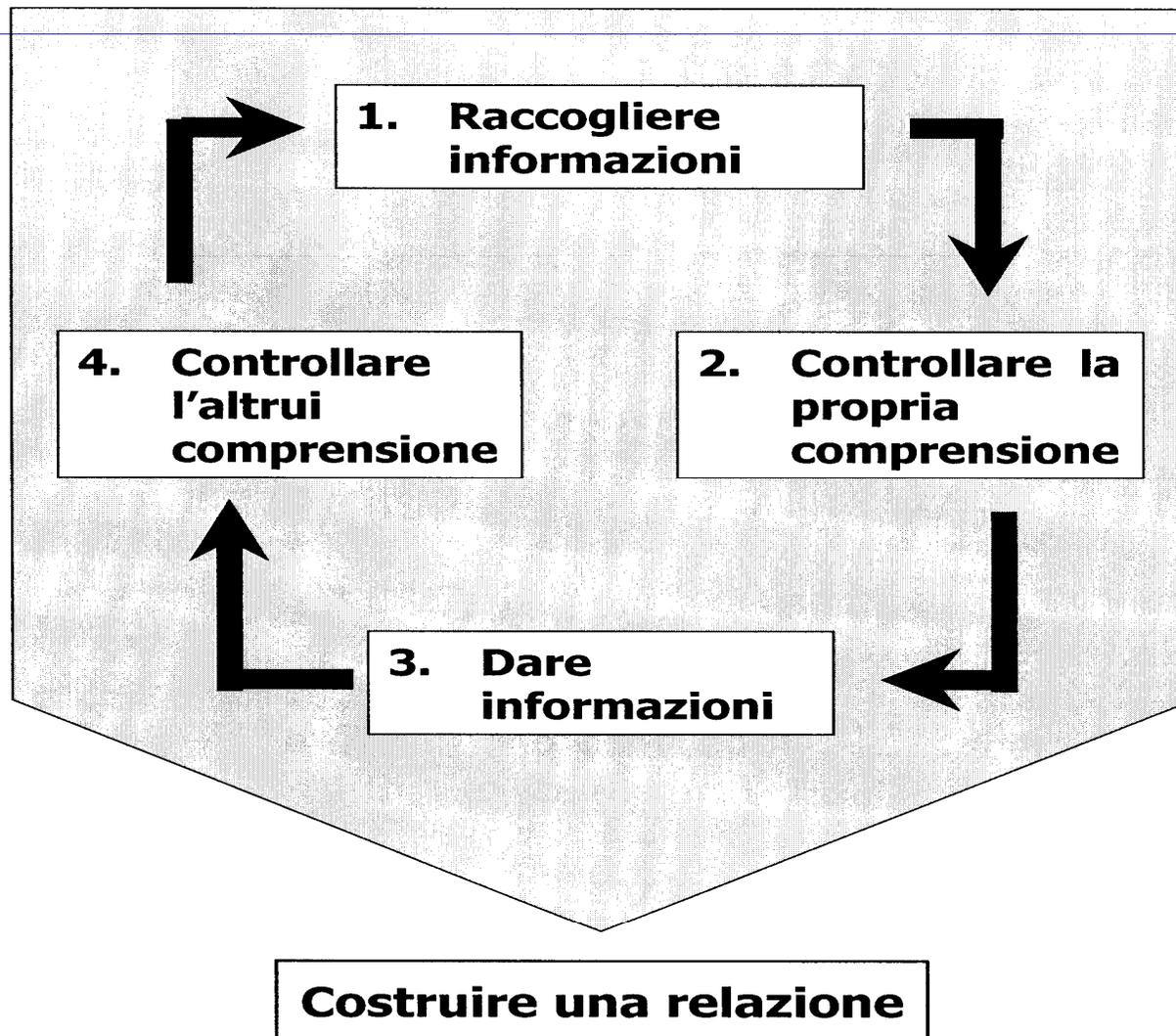
Stefano Masci

GIOCHI E ROLE PLAYING PER LA FORMAZIONE E LA CONDUZIONE DEI GRUPPI

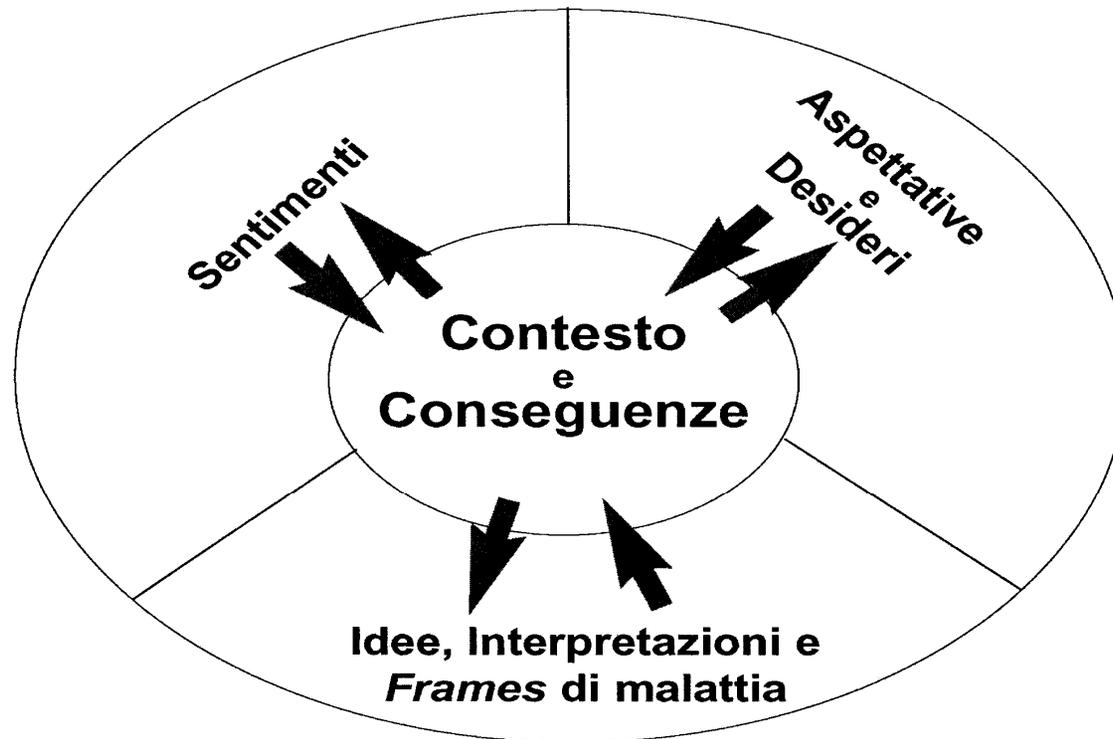


MANUALI/FrancoAngeli

IL PROCESSO COMUNICATIVO-RELAZIONALE



L'AGENDA DEL PAZIENTE



RACCOGLIERE INFORMAZIONI DAL MALATO: SUL *DISEASE* E SULL'AGENDA

- **CAPACITA' DI CHIEDERE**
 - domande chiusa
 - domande aperte
 - **tecnica di eco**

- **CAPACITA' DI ASCOLTARE**
 - silenzio
 - **tecniche di continuazione**

CONTROLLARE LA PROPRIA COMPrensIONE (di quanto il paziente ha detto)

- **PARAFRASI E/O BREVI RICAPITOLAZIONI**

- **DISEASE**

- “mi ha parlato di un dolore in alto a destra, vicino al dente del giudizio”

- **AGENDA**

- “se capisco bene, ritiene sia collegato allo stress”
- “mi sta dicendo che le secca molto saltare così tante ore di lavoro”
- “immagino che si sia spaventato quando è comparso il dolore”

DARE INFORMAZIONI – EDUCARE - NEGOZIARE IL PROCESSO TERAPEUTICO

- **FOCUSING**
- **CATEGORIZZAZIONI**
- **SINTESI**

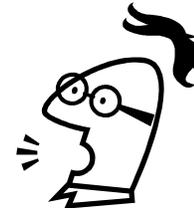
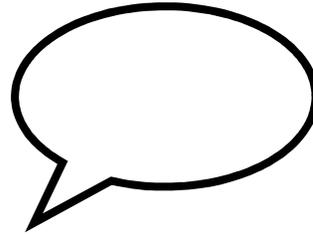
CONTROLLARE LA COMPRENSIONE DEL PAZIENTE

(rispetto a quanto detto dal medico)

- **Tecniche di FEEDBACK diretto**
- **Tecniche di FOCUSING (feedback orientato)**

Il sistema comunicativo umano





Mezzo Fisico

FONTE → MESSAGGIO → DESTINATARIO

Contesto

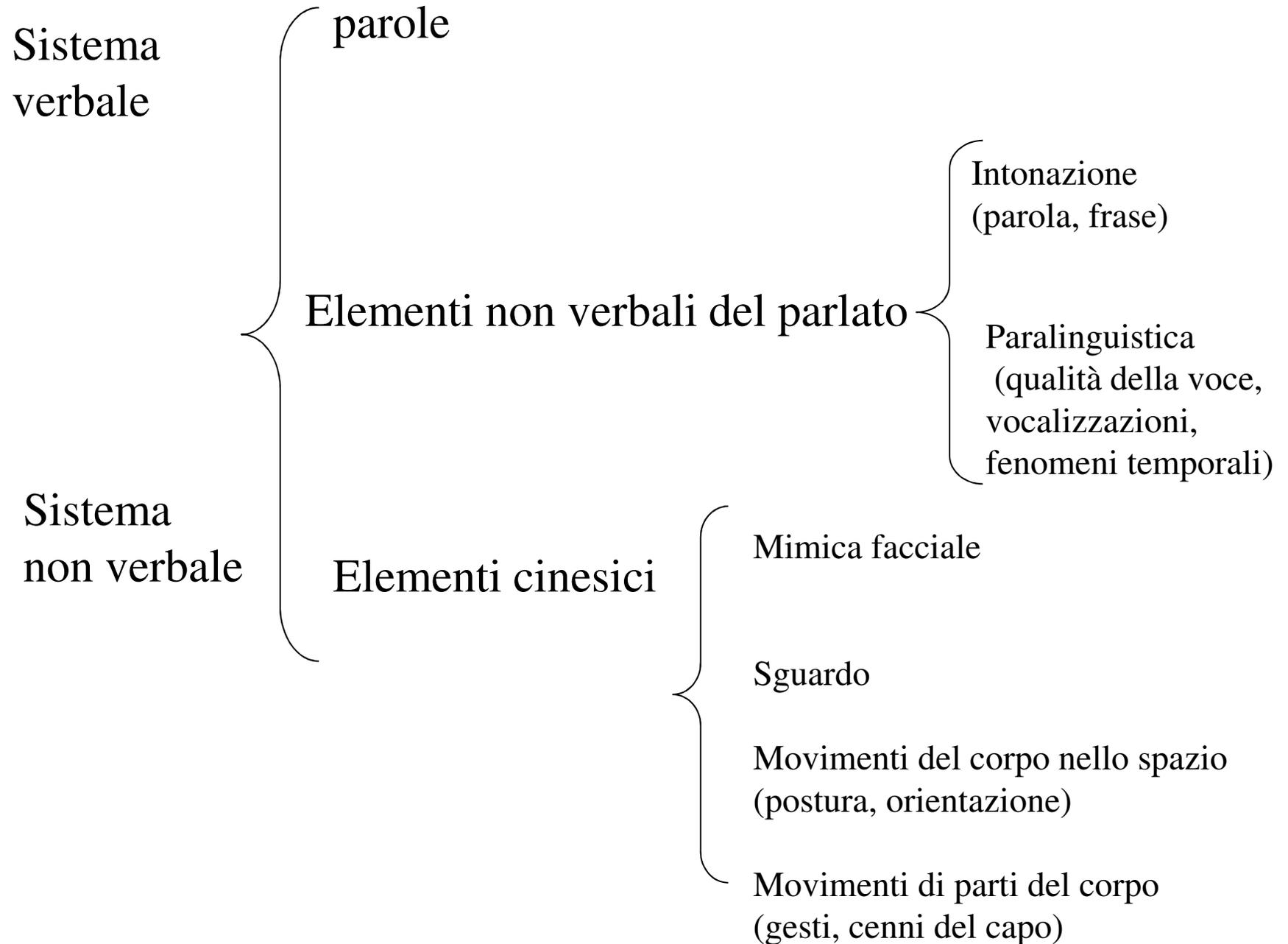
Codifica

Decodifica

RETROAZIONE



INTERDIPENDENZA VERBALE/NON VERBALE



SEGNALI STATICI

ABBIGLIAMENTO
ASPETTO DEL VOLTO
ASPETTO GLOBALE
“PRIMA IMPRESSIONE”
(ATTRIBUZIONE DI RUOLO: EFFETTO DUNN)

SEGNALI DINAMICI

ORIENTAZIONE SPAZIALE
Distanza interpersonale
CONTATTO CORPOREO
POSTURA E INCLINAZIONE

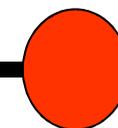
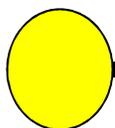
COMPORAMENTO MOTORIO-GESTUALE

MIMICA FACCIALE
DIREZIONE DELLO SGUARDO
DURATA CONTATTO VISIVO
GESTUALIZZAZIONE
ASPETTI PARALINGUISTICI

COLLOCAZIONE DEI SEGNALI NON VERBALI LUNGO LA SCALA DI SPECIFICITA' COMUNICATIVA

POLO
COMUNICATIVO

POLO
ESPRESSIVO



Gesti
Simbolici



Gesti illustratori
Gesti regolatori
(per es., sguardo)



Movimenti che
esprimono stati
emotivi

comportamento spaziale

movimenti di
adattamento

COMUNICAZIONE EFFICACE

COERENZA TRA

COMUNICAZIONE VERBALE
E
COMUNICAZIONE NON VERBALE

TRASMISSIONE
INFORMAZIONI

NON AMBIGUE
FACILMENTE MEMORIZZABILI
CONGRUENTI CON LE ASPETTATIVE

SUPPORTI
INFORMATIVI

SCHEMATICI
ESAURIENTI
FACILMENTE COMPRESIBILI



CNV NEL CONTESTO SANITARIO

La qualità del rapporto tra paziente e curante si definisce già nel **primo minuto** di interazione ed è fortemente influenzata dagli aspetti paralinguistici. Tale qualità tenderà a **permanere nel tempo** (Hall et al. 2009).

Thin-slices judgments (Ambady e Rosenthal, 1992, 2002)

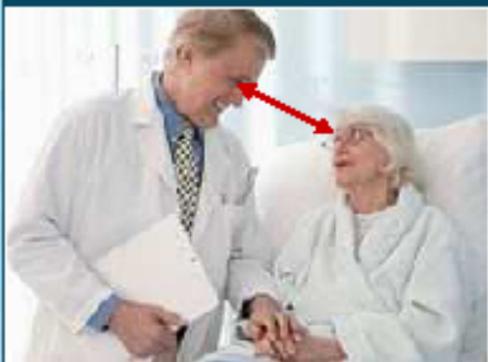


Ruolo di specifici aspetti della CNV

1. Sguardo, contatto visivo
2. Espressività del volto
3. Postura
4. Contatto fisico
5. Prosemica
6. Tono della voce
7. Silenzio, iniziativa
8. Risposta psicofisiologica



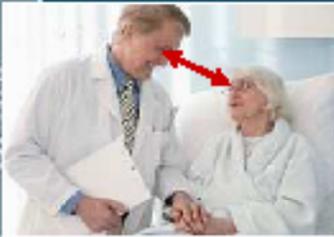
(1) Sguardo, contatto visivo



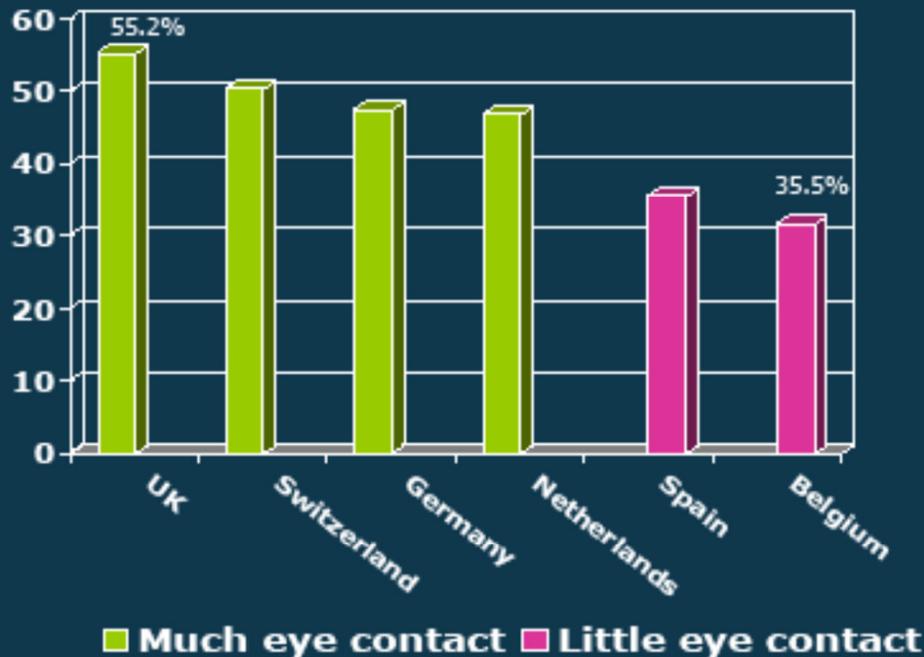
- Uno degli aspetti più studiati della CNV
- Associato a percezione di
 - Rispetto e genuinità (Kelly e True, 1980)
 - Empatia (Tepper e Hasse, 1972, 1978, Seay e Altekruuse, 1979)



Contatto visivo: evidenze



Van den Brink-Muinen et al 2003



- Percentuale di contatto visivo tra medico e paziente rispetto alla durata della consultazione in sei stati Europei (2825 GP).



Contatto visivo: evidenze

- **Effetti positivi** (Bensing et al 2005; Zantinge et al 2007) della durata del contatto visivo su:
 - Soddisfazione percepita rispetto alla consultazione.
 - tempo dedicato a parlare di tematiche psicosociali
 - riconoscimento del disagio emotivo.
- **Effetti negativi** (Pieterse et al 2007):
 - Counseling Genetico: durata del contatto visivo associata ad un incremento dell'ansia nel paziente.

N.B.: **Rapporto tra uso del computer e contatto visivo**
(McGrath et al. 2007)

Comunicazione (in)efficace





Espressione del volto: evidenze

Gli studi che misurano le azioni facciali (con EMG facciale o con sistemi di codifica) e poi si servono di questionari self-report o di metodi "osservazione-attribuzione" hanno dimostrato che le **espressioni facciali**:

- consentono di distinguere le **emozioni piacevoli** dalle **emozioni spiacevoli**, ma non di più;
- informano sull'**intensità** dell'emozione;
- possono essere **alterate** per attenuare o simulare altre emozioni. L'espressione più ambigua è il **sorriso**;
- Differenze individuali nell' "espressività" facciale (capacità di **encoding**), nell'abilità a leggere le espressioni facciali (capacità di **decoding**); lieve ma significativa differenza a favore delle donne.

Ekman's 7 Basic Emotions

Anger



Sadness



Happiness



Fear



Disgust



Surprise



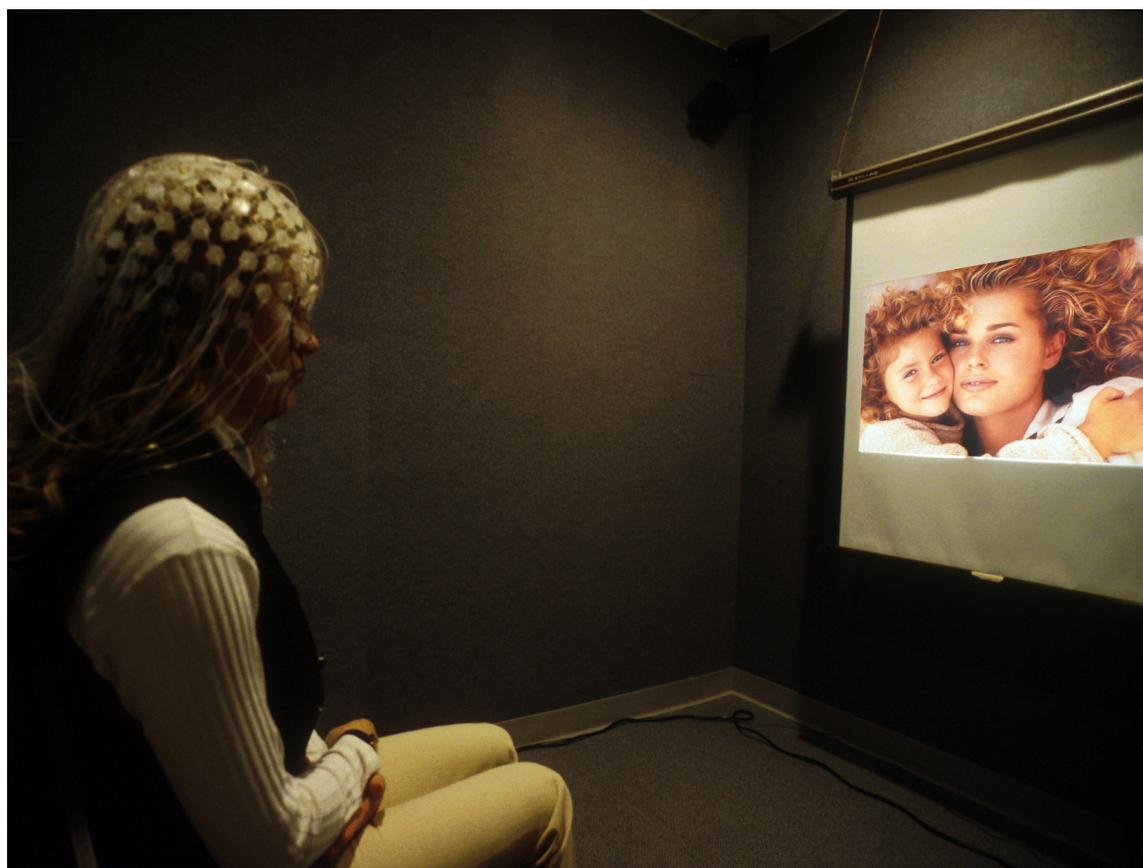
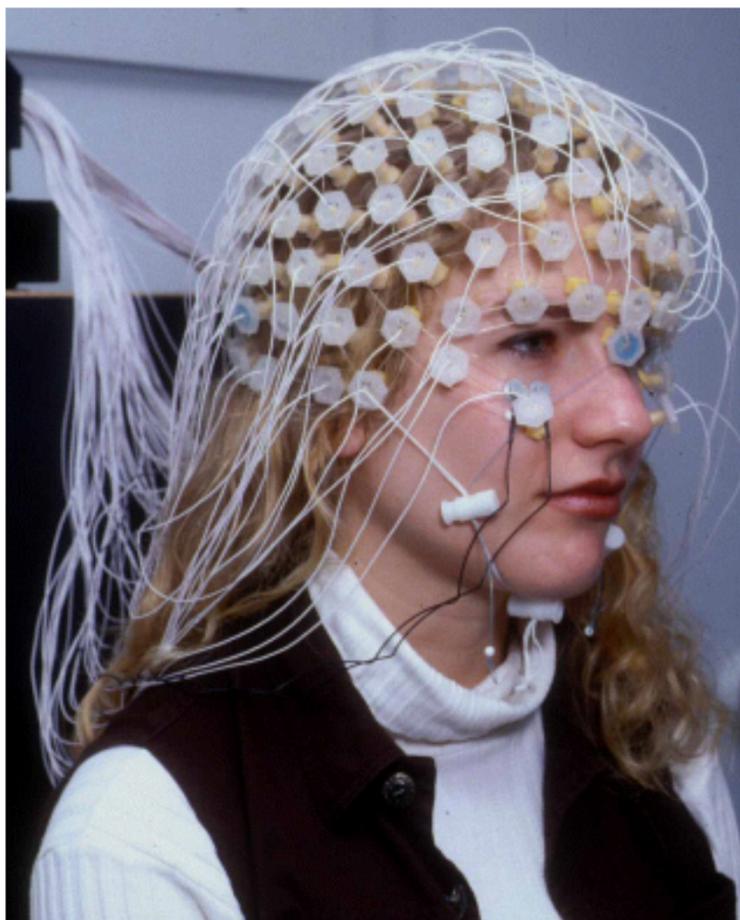
Contempt



15.3 Universal Facial Expressions of Emotion.

According to Paul Ekman and colleagues, the seven basic emotional facial expressions shown here are displayed in all cultures. Courtesy of David Matsumoto.

256-channel & 128-channel EEG *Geodesic Sensor Nets*





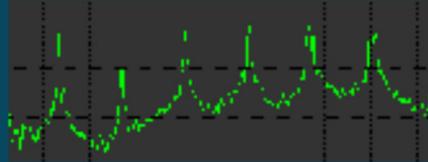
Postura: evidenze

- Evidenze positive e consistenti:
- Differenze tra medici capaci di instaurare un buon rapporto rispetto a medici con basso rapporto (Harrigan et al., 1985). I primi:
 - **Annuivano** di più
 - Mantenevano il corpo in **posizione frontale** rispetto al paziente (dato confermato da Larsen, rispetto alla soddisfazione percepita dal paziente)
 - Effettuavano **movimenti delle braccia simmetrici**
 - **Incrociavano meno** spesso braccia e gambe

Coloro che avevano più bassi indici di rapporto si **giravano** più spesso o si **allontanavano** con il corpo dal paziente e presentavano più **movimenti asimmetrici** delle braccia.



(6) Tono della voce



- Associazione tra il tono di voce di chirurghi e la loro storia legata ad accuse di "*malpractice*".

I chirurghi che venivano giudicati più dominanti e poco partecipi sul piano vocale, erano stati più spesso citati in giudizio (*Ambady et al 2002*)

- **Infantilizzazione**: con gli anziani si tende ad aumentare ed esagerare il tono della voce (*secondary baby talk* – Caporael, 1981)

Take home



CNV che favoriscono la relazione terapeutica

- **Non eccessivi e stereotipati** (es. sorriso continuato e invariabile, sguardo indagatore, eccesso di contatto fisico):
- **Importante:**
 - Postura rivolta verso il paziente, non asimmetrica o chiusa
 - Annuire e sorridere moderatamente
 - Mantenimento del contatto visivo
 - Moderata responsività dell'espressione facciale.
 - Tono di voce rilassato, interessato e caldo.



CNV che favoriscono la relazione terapeutica con l'anziano₁

- Accorgimento generale: **usare i sensi più integri e preferiti dall'anziano** (Feil, 1993)
- Natura costante del setting, garantendo privacy e "chiusura" a interferenze esterne.
- Organizzare l'**ambiente** in modo da consentire la mobilità e l'interazione diretta: assenza della scrivania tra medico e paziente, ridurre la distanza verticale dello sguardo, porsi di fronte o ad angolo (Gorawara-Bath et al., 2007)
- L'organizzazione spaziale condiziona l'interazione: risposte affettive dello sguardo e del contatto fisico.

Come negoziare il rapporto con il paziente: alcune soluzioni parziali

- Stabilire un rapporto più simmetrico
- Lasciare più spazio comunicativo al paziente: capacità di ascolto
- Frasi semplici , chiare e ripetute
- Autoconsapevolezza



TECNICHE FACILITANTI NELLA COMUNICAZIONE VERBALE

- APERTURA del colloquio con **STILE NON DIRETTIVO**
- ASCOLTO **ATTIVO**
- **EMPATIA**, OTTENUTA CON UNA CORRETTA GESTIONE DELLE EMOZIONI:
 - Esplicitare
 - Comprendere
 - Rispettare
 - Aiutare



LA MEDICINA NARRATIVA IN AMBITO SANITARIO

scriveva J. Kafka...

“Scrivere una ricetta è facile,
parlare con chi soffre è molto più
difficile”



COSA PREFERISCE?
UN MEDICO CHE LE TIENE
LA MANO MENTRE
MUORE O CHE LA IGNORA
MENTRE MIGLIORA?

FACCIA
LEI! FINORA
HO INCONTRATO
SOLO MEDICI CHE
TI IGNORANO
MENTRE
MUORI!

massy

COMUNICAZIONE PERSUASIVA

- SPECIFICHE INFLUENZE (O EFFETTI)
DEI SINGOLI COMPONENTI DEGLI ATTI
COMUNICATIVI

FONTE

LIVELLO DI COMPETENZA
GRADO DI SINCERITA'
LIVELLO DI ATTRATTIVITA'

MESSAGGIO

FORMA → UNILATERALE
 → BILATERALE
CONTENUTO → CONCETTUALE
 → EMOTIVO

DESTINATARI

LIVELLO di INTELLIGENZA
SESSO (competenze specifiche)

CONTESTO

STATO EMOTIVO
DIFFUSIONE COMUNICAZIONE
SELEZIONE DESTINATARI

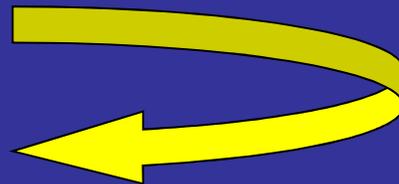
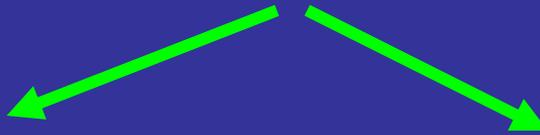
EFFETTO PRIMACY (o Effetto Asch) NELLE INFORMAZIONI PLURIME

- 1) intelligente, determinato, attento, documentato, riflessivo
- 2) riflessivo, attento, documentato, intelligente, determinato
- 3) determinato, attento, riflessivo, documentato, intelligente

COMUNICAZIONE

Aspetto di
CONTENUTO
(informazione)

Aspetto di
RELAZIONE
(comportamento)



Disequilibrio conversazionale operatore sanitario - paziente

- L'operatore parla complessivamente di più
- L'operatore inizia il 90% degli enunciati
- Il paziente pone solo il 9% delle domande totali
- L'operatore continua a porre domande senza aspettare che il paziente finisca di rispondere
- L'operatore interrompe di più il paziente (ogni 15" circa)
- L'operatore decide gli aspetti da discutere e quando cambiare argomento
- L'operatore decide quando porre termine all'incontro

AREA DELLA FIDUCIA

- UN TEMPO: FIDUCIA INCONDIZIONATA
- OGGI: **FIDUCIA NEGOZIATA** SOLO SULLA BASE DI UN PERCORSO CONDIVISO
- IL 50% DEI RECLAMI PER **MALPRACTICE** DIPENDONO DA PROBLEMI COMUNICATIVI
- COOPERAZIONE O CONFLITTO?
- ALLEANZA TERAPEUTICA: SOLIDA SOLO SE SI BASA SULLA FIDUCIA

CODICE (SISTEMA DI SEGNI)

REGOLE
(sintassi)

LESSICO
(semantica)

CONTESTO D'USO
(pragmatica)

CODICI

NATURALI / ARTIFICIALI

SISTEMI DI SEGNI

STRUTTURATI / PARZIALMENTE STRUTTURATI

UNA DEFINIZIONE DI CATTIVA NOTIZIA

“Ogni informazione che altera in modo drastico e negativo la prospettiva del paziente rispetto al proprio futuro”

(Buckman, 1984).

- la misura di quanto sia cattiva la notizia dipende da ciò che il paziente conosce o sospetta riguardo al futuro
- l’impatto della cattiva notizia dipende dallo scarto fra le aspettative del paziente (ambizioni, progetti, interpretazioni) e la realtà medica della situazione.
- ciò significa anche che non è possibile giudicare l’impatto della cattiva notizia fino al momento in cui non si è al corrente di cosa il paziente già sa e cosa si aspetta

UN PERCORSO IN SEI PASSI (Buckman)

IL CONTESTO

COSA SA IL PAZIENTE

COSA DESIDERA SAPERE

CONDIVIDERE LE INFORMAZIONI

FRONTEGGIARE I SENTIMENTI

UN PROGETTO

Dire ad un paziente che è obeso: un insulto o un intervento efficace ?

- Dati dello studio NHANES 2005-2008
- I pazienti a cui veniva chiaramente detto che erano obesi o sovrappeso, avevano maggiore preoccupazione del loro stato e maggiore desiderio di dimagrire rispetto a coloro (circa 30-50 %) a cui la diagnosi non veniva espressa chiaramente
- “**obeso**” esprime preoccupazione, mentre “**grasso**” comprende giudizio negativo

Arch Intern Med. 2011;171(2):321-322



CNV che favoriscono la relazione terapeutica

- **Non eccessivi e stereotipati** (es. sorriso continuato e invariabile, sguardo indagatore, eccesso di contatto fisico):
- **Importante:**
 - Postura rivolta verso il paziente, non asimmetrica o chiusa
 - Annuire e sorridere moderatamente
 - Mantenimento del contatto visivo
 - Moderata responsività dell'espressione facciale.
 - Tono di voce rilassato, interessato e caldo.



CNV che favoriscono la relazione terapeutica con l'anziano₁

- Accorgimento generale: usare i sensi più integri e preferiti dall'anziano (Feil, 1993)
- Natura costante del setting, garantendo privacy e "chiusura" a interferenze esterne.
- Organizzare l'ambiente in modo da consentire la mobilità e l'interazione diretta: assenza della scrivania tra medico e paziente, ridurre la distanza verticale dello sguardo, porsi di fronte o ad angolo (Gorawara-Bath et al., 2007)
- L'organizzazione spaziale condiziona l'interazione: risposte affettive dello sguardo e del contatto fisico.



CNV che favoriscono la relazione terapeutica con l'anziano

- Mantenere il **contatto visivo**, cercando di sollecitare la mimica e lo sguardo dell'anziano. Attenzione agli indici non-verbali di dolore (espressivi, motori - PACSLAC)
- Utilizzare un **contatto fisico** gentile, calmo, evitando movimenti repentini e frettolosi (De Vos, 1989).
Accompagnare il verbale al contatto fisico
- **Espressività**: gli anziani tendono a misconoscere emozioni come la tristezza (Montepare, 1999)
- Espressioni di interesse (sguardo accigliato, annuire e sorridere) correlano positivamente con la **motivazione all'attività fisica e la riduzione della confusione**.



CNV che favoriscono la relazione terapeutica con l'anziano

- **Tono di voce** chiaro. Attenzione a non *infantilizzare*.
- Uso consapevole del **silenzio**, di ritmi rallentati
- Sul piano verbale, uso di **commenti riflessivi e riformulazioni**, sottolineando la plausibilità dell'espressione quando presente
- Connotazione positiva
- Uso dell'analogia "**come se**" facilita la rievocazione mnesica
- Ricorso occasionale alla **meta-comunicazione**