

CORSO DI PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2016-2017

L'APPROCCIO INTEGRATO NELLA PRATICA CLINICA

PROGRAMMA E ALLEGATI

Prof.ssa Lidia Del Piccolo (e-mail: lidia.delpiccolo@univr.it)

Dr.ssa Claudia Goss (e-mail: claudia.goss@univr.it)

Dr.ssa Michela Rimondini (e-mail: michela.rimondinini@univr.it)

Dr.ssa Cinzia Perlini (e-mail: cinzia.perlini@univr.it)

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità

Sezione di Psicologia Clinica, Università di Verona

Tel. Segreteria **045 8124441**

Si riceve previa richiesta di appuntamento per e-mail o telefono

Obiettivi del Corso

Fornire un quadro teorico a sostegno di un approccio integrato alla consultazione medica, in cui si comprenda il contributo delle componenti emotive e sociali al vissuto di malattia e al mantenimento della salute.

Sviluppare la consapevolezza del ruolo che svolge un'appropriate comunicazione medico-paziente, evidenziando le competenze comunicative utili a 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

A tale scopo saranno approfonditi aspetti di processo:

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

E aspetti di contenuto:

- Fattori connessi alla richiesta di cura e significato del curare (cure/care)
- Il modello bio-psico-sociale e l'approccio integrato al paziente
- Emozioni e comunicazione non verbale
- I sistemi motivazionali e la teoria dell'attaccamento.
- Il processo di adattamento alla malattia
- Evidenze sul ruolo della qualità della comunicazione nella relazione sanitaria, nel processo informativo e nella definizione di un piano terapeutico condiviso.
- Consapevolezza personale e burn-out

OBBLIGHI

1. Stampare questo programma con gli allegati e portarlo alle lezioni di didattica integrativa
2. Partecipare agli incontri a piccoli gruppi svolti in aula e alle esperienze esterne proposte, per un totale di 16 ore. Si possono fare scambi all'interno dei gruppi solo per necessità eccezionali.
3. Partecipare attivamente e collaborare nel gruppo (svolgimento puntuale e corretto dei compiti assegnati).

ASSENZE

In caso di (eccezionali!) assenze negli incontri a piccoli gruppi (didattica interattiva) è necessario prendere contatto con i docenti per concordare il recupero dell'incontro perso.

VALUTAZIONE

Didattica integrativa. La partecipazione agli incontri in e fuori aula è la premessa per poter essere ammessi all'esame di profitto. Lo svolgimento puntuale di tutti i compiti assegnati tra un incontro di didattica integrativa e l'altro costituisce oggetto di valutazione sul libretto rosso.

Esame di profitto scritto. Si svolge in forma scritta, con domande chiuse a scelta multipla e domande aperte, relativamente a TUTTI i contenuti proposti sia a lezione che durante la didattica integrativa, oltre che della letteratura consigliata (articoli e libro di testo).

LISTA DEGLI ALLEGATI

1. Programma delle lezioni
2. Letture consigliate
3. Lezioni interattive a piccoli gruppi
4. La struttura e il contenuto di una intervista medica completa
5. Domande aperte per ottenere l'agenda del paziente
6. Elenco delle tecniche comunicative "centrate sul paziente"
7. Le "trappole" comunicative da evitare.
8. Linee guida per la formulazione di risposte centrate sulle emozioni segnalate o espresse
9. Flow chart per la formulazione di interventi centrati sul paziente per facilitare l'espressione di emozioni e per gestire le emozioni espresse.
10. Il "Process model of stress and coping" come cornice di riferimento teorico scientifico per la pratica medica.
11. Il process model of stress and coping come cornice di riferimento per l'approccio biopsicosociale nella pratica clinica.
12. Come prendere appunti durante un'intervista medica
13. L'intervista centrato sul paziente. Obiettivi
14. Come aprire e chiudere l'intervista
15. Le strategie di coping
16. Modulo per l'intervista con il paziente

Programma delle lezioni di Psicologia Clinica A.A. 2016/17

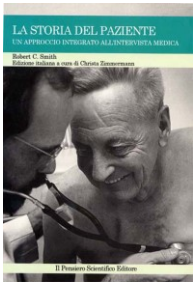
AULA C – ISTITUTI BIOLOGICI

Lezioni frontali (16 ore), mercoledì 12, 19, 26 ottobre; 9, 23, 30 novembre; 7, 21 dicembre ore 11.00 -13.00

12 ottobre	Psicologia clinica in ambito medico, il modello bio-medico e il modello integrato bio-psico-sociale delle malattie. Il concetto di Cura (<i>cure/care</i>).
19 ottobre	I fattori connessi alla richiesta di cura. L'agenda del paziente e l'agenda del medico
26 ottobre	L'intervista medica "integrata" e l'approccio centrato sul paziente, struttura dell'intervista medica. Come raccogliere informazioni.
9 novembre	Emozioni e comunicazione non verbale. Ruolo delle emozioni nella relazione interpersonale.
23 novembre	Sistemi motivazionali e teoria dell'attaccamento.
30 novembre	Come informare e coinvolgere il paziente.
7 dicembre	Gestione di situazioni complesse: il paziente anziano, il bambino, il paziente non collaborante e i familiari. L'applicazione del modello biopsicosociale nella pratica clinica: il " <i>Process Model of Stress and Coping</i> ".
21 dicembre	Consapevolezza e gestione delle proprie emozioni nella relazione con il paziente e con i colleghi. Il fenomeno del " <i>burn out</i> "

Allegato 2

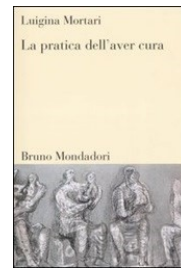
LETTURE CONSIGLIATE



Smith R.C. (1997)
La Storia del Paziente. Un Approccio Integrato all'Intervista Medica.
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.



E. Moja, E. Vegni (2003)
La visita medica centrata sul paziente.
Raffaello Cortina Editore



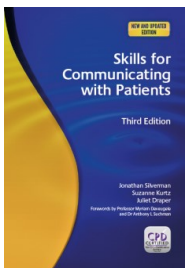
L. Mortari (2006)
La pratica dell'aver cura
Edizioni Mondadori



G. Majani (2013)
Dentro il camice bianco
Edizioni Medea

Testi:

Da studiare:



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
Competenze per comunicare con i pazienti
Ed. Piccin (2015)



Articoli di approfondimento da studiare*:

1. Goss C. & Del Piccolo L. (2003). Informare il malato. Strategie comunicative. *Recenti Progressi in Medicina*, 94, 353-360.
2. 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.
3. Derksen F., Bensing J. & Lagro-Janssen A. (2013) Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606): e76–e84.
4. 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.
5. Del Piccolo L. (2012) Comunicare con la persona anziana. *Ricerche di Psicologia*, Franco Angeli, 2-3: 309-324.
6. Sara Patuzzo, “Dal consenso implicito al dissenso informato. Criticità di un’evoluzione in fieri”, *Decidere in Medicina. Clinica, etica, giurisprudenza, società* n. 5, ottobre 2013, pp. 33-40

* Copia del materiale è reperibile in un apposita cartellina, dedicata alla didattica integrativa del II anno, presso la Biblioteca Meneghetti. I libri indicati possono essere consultati nella biblioteca di Psicosomatica e Psicologia Medica.

Allegato 3
Lezioni interattive a piccoli gruppi

Primo incontro (3 ore)

Tecniche di colloquio con il paziente:

- Aspetti essenziali per 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 utili
- *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*

Terzo incontro (2 ore)

Visita di un reparto di lungodegenza o 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 e successiva elaborazione)

Colloquio con l'anziano degente identificato seguendo le indicazioni dell'allegato 16.
Compilazione dell'allegato in modo da avere chiare le caratteristiche del paziente intervistato.

Quinto incontro (2 ore)

Discussione in plenaria sulle difficoltà incontrate durante lo svolgimento del colloquio con il paziente degente e come sono state affrontate.

Role play tra studenti in aula: ogni studente, assume il ruolo del paziente che ha intervistato e si fa intervistare da un altro studente che svolge il ruolo del medico. Gli altri studenti assumono un ruolo di osservatori attivi.

Al termine gli studenti discutono sulle difficoltà incontrate tra loro e con il docente.

Allegato 4

LA STRUTTURA DELL'INTERVISTA MEDICA

1. Introduzione

Il medico:

- saluta il paziente, si presenta e qualifica il proprio ruolo professionale
- fa in modo che il paziente si senta a proprio agio
- raccoglie alcuni dati di base (età, indirizzo, numero di telefono)

2. Raccolta dei sintomi dell'attuale malattia(e)

Il medico:

- chiede il motivo della visita*
- invita il paziente a descrivere tutti i sintomi dell'attuale malattia
- controlla la completezza della lista dei sintomi e stabilisce con il paziente le priorità

Ascoltare le esposizioni spontanee 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.

3. Significato personale dei sintomi attuali

Il medico indaga:

- la teoria del paziente sul disturbo principale
- le aspettative del paziente
- l'interferenza dei sintomi con la qualità della vita del paziente
- il trattamento dei sintomi prima della consultazione
- il "perché adesso" della consultazione *

4. Storia della malattia attuale

Il medico esamina per ogni sintomo dell'attuale malattia i seguenti aspetti:

- localizzazione
- qualità
- gravità
- esordio
- contesto
- fattori che fanno peggiorare o migliorare i sintomi
- fattori associati

5. Malattie del passato

6. Patologie presenti in famiglia

7. Profilo personale e sociale

Il medico completa le informazioni finora ottenute sullo stile di vita, la situazione lavorativa e familiare, stress e rete di supporto.

8. Revisione degli apparati

9. Esame obiettivo

10. Conclusione

Il medico:

- effettua una rassegna sistematica dei vari punti emersi
- chiede se il paziente desidera porre delle domande e/o aggiungere qualcosa
- informa e negozia con il paziente sul da farsi (accertamenti, terapie, ulteriori appuntamenti, consigli)

* riguarda le visite ambulatoriali

Domande aperte per sondare l'agenda del paziente

NB. Si tratta di un elenco di domande utili per indagare le aree indicate, ma solamente quando il paziente non offre spontaneamente queste informazioni. L'ordine delle domande così come la loro scelta dipendono dal flusso comunicativo e dal contenuto delle informazioni del paziente.

Dati sociodemografici

Quanti anni ha? Che lavoro fa? Con chi vive? Dove abita?

Sintomi

*Cosa l'ha portata qui oggi? Come mai è venuto da me oggi? Qual è il motivo della sua visita?
Che altri problemi ci sono?*

Esordio e decorso dei sintomi

*Da quanto tempo sta male? Come è iniziato il problema? Quando è stato male per la prima volta? Dove si trovava? Con chi era? Cos'è che le dà sollievo? Cos'è che la fa sentire meglio (o peggio)?
Cos'altro è successo in quel periodo?*

Interferenza dei sintomi con la qualità di vita,

*Cos'è cambiato nella sua vita da quando sta male? Come interferiscono i suoi disturbi con la sua qualità di vita giornaliera? (lavoro, tempo libero, vita sociale, familiare, matrimoniale, tono dell'umore)
Come vive questa situazione? Cosa prova?*

Significato personale dei sintomi

Qual è stato (sarà) il problema più difficile per lei da affrontare? Cosa è cambiato per lei da quando si è ammalato? Cosa teme di più della sua attuale malattia?

Trattamento dei sintomi prima della consultazione

Cosa ha fatto per stare meglio? Cosa ha fatto prima di venire da me?

Teoria del paziente sui sintomi

*Che malattia crede (credeva) di avere? Perché crede di essersi ammalato? Come se lo spiega?
Cosa ha pensato la prima volta che è stato male? Come mai ha quest'idea?*

Aspettative

Cosa la potrebbe aiutare? Cosa vorrebbe che si facesse?

Sintomi del passato

La sua salute in passato com'è stata?

Eventi, problemi sociali, contesto psicosociale

Cos'altro è successo nel periodo in cui ha iniziato a stare male? Quali altri problemi ha dovuto affrontare in questo periodo? Come si svolge una sua giornata "tipo"? Quali situazioni peggiorano i suoi disturbi? Come interferiscono i suoi disturbi con la sua vita di ogni giorno (lavoro; vita sociale, vita familiare, tempo libero, vita relazionale)? Cos'è cambiato da quando ha (Cosa teme possa cambiare con) questi problemi di salute?

Supporto sociale

In famiglia cosa dicono rispetto al suo problema di salute? Come hanno reagito al suo malessere? Chi le dà una mano in questa situazione (riguardante malattia, terapia, disagio emotivo o altro, se emerso)? Con chi può parlare dei suoi problemi?

Allegato 6



"Mi ha appena detto che tutte le persone che guarda le sembrano conigli. Può spiegarsi meglio, signora Smith?"

Tipologia delle domande

Domanda (richiesta) aperta (non direttiva)

Facilita la libera espressione del paziente.
Apre l'intervista medica.
Consente l'individuazione delle aree problematiche.
Da usare tutte le volte che il paziente introduce un nuovo argomento.
Segnala al paziente la disponibilità all'ascolto da parte del medico.

*Cosa posso fare per lei?
Qual è il motivo della sua visita?*

*E poi? ...
Mi dica di più di questo mal di testa
Cosa è successo?*

Domanda aperta (direttiva)

Usata per indagare aree specifiche.
Consente la chiarificazione di dettagli e scoraggia un'elaborazione irrilevante da parte del paziente.
Più efficace se non interrompe la fluidità dell'intervista

*Come vanno le cose da quando ha iniziato la cura?
Quando è iniziato il disturbo?
In quali condizioni peggiora la tosse?
Cosa ha provato quando...*

Domanda chiusa

Richiede una risposta breve (si/no) o una scelta forzata tra due alternative.
E' usata dopo la "narrativa" del paziente per completarla con dettagli che il paziente può aver omesso.
Consente di testare ipotesi specifiche.
Da usare durante la revisione degli apparati e l'esame obiettivo.
Da usare in situazioni d'emergenza (es. Pronto Soccorso).
Limita la partecipazione del paziente all'intervista.
Inibisce il flusso informativo da parte del paziente.

*Ha dormito questa notte?
Ha dolori dopo o prima dei pasti?*

Ha sentito dolori nel braccio sinistro?

E' allergica a qualche farmaco?

Chiarificazione

Viene usata quando il paziente ha scelto una parola con significato ambiguo, confuso o vago. E' usata anche per conoscere il significato che il paziente attribuisce all'espressione scelta.

Cosa intende per "esausto"?

Può spiegarsi meglio?

Verifica

Usata per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta.
Da usare quando l'intervistatore è confuso o incerto.
Indispensabile quando sono presenti dei dubbi.
Rassicura il paziente che percepisce l'interesse del medico nei suoi confronti.
Consente al paziente di correggere eventuali errori di comprensione da parte del medico.

*Vorrei fermarmi un attimo per essere sicuro di aver capito.
Il suo mal di testa peggiora gradualmente durante la giornata e poi di notte non riesce più a dormire?*



*"È straordinario, signor Volmer."
I suoi vestiti sembrano quelli di un ragazzo di vent'anni!"*

Tipologia dei commenti

Facilitazione

Incoraggia il paziente a dire di più o a continuare la sua storia. Fa emergere fin dall'inizio tutti i problemi e preoccupazioni del paziente.

Continui pure....

Ah....

Sì....., mi dica.

Commento riflessivo

Ripete parte di ciò che il paziente ha detto. Pone l'accento su una frase o una parola detta ed aiuta il paziente a continuare il discorso in quella direzione
Risposta del medico ad un segnale non verbale

Paziente:....da quando prendo

queste pillole per tre volte al

giorno ho una nausea tremenda

Medico: Una nausea tremenda.... O:

L'ho visto triste quando ha parlato di suo padre

Commento empatico

Identifica le emozioni del paziente e l'evento associato, formulandole come ipotesi.
La risposta empatica comunica al paziente che il medico ha colto, compreso ed accettato la situazione emotiva del paziente. Sentendosi accettato il paziente può affrontare le sue emozioni apertamente e quindi in modo più efficace.

Sembra che la prospettiva dell'intervento la preoccupa un po'

Deve essere molto difficile tollerare una situazione che al momento non offre soluzioni efficaci.

Legittimazione

Il medico comunica che le emozioni del paziente sono giustificabili o comprensibili dal punto di vista del paziente.

E' comprensibile che questa

attesa l'abbia fatta perdere la pazienza.

Questa lunga attesa avrebbe irritato chiunque.

Commento di rispetto

Serve per mettere a fuoco le risorse e le capacità del paziente e lo incoraggia ad affrontare situazioni difficili.

Nonostante i dolori non si è dato per vinto e ha continuato a lavorare

Transizione

Avverte il paziente che il medico sta per cambiare area di indagine.
Facilita il paziente a seguire il filo logico all'intervista ed aumenta la sua collaborazione.

Adesso le vorrei fare alcune domande che riguardano il funzionamento del suo intestino

Sintesi

E' la ricapitolazione da parte del medico dei problemi del paziente.
Dà al paziente la possibilità di confermare, correggere o aggiungere informazioni dell'intervista all'altra.
Consente di riportare il paziente che parla troppo all'argomento principale.
Aiuta il medico a memorizzare le informazioni ottenute

Allora...lei mi ha detto che

soffre di dolori addominali da una

settimana e che non ha più potuto andare al lavoro. Non ha

potuto consegnare la merce ed è ora molto preoccupato anche

per le ripercussioni economiche..

Allegato 7

"Trappole" da evitare

Utilizzare solo domande chiuse	<i>Ha dormito questa notte? Sta meglio?</i>
Fare domande multiple	<i>Ha mangiato più del solito o ha preso freddo o è allergico ad alcuni alimenti?</i>
Minimizzare e banalizzare le preoccupazioni del paziente	<i>Cosa vuole che sia una gastroscopia. Viene da me solo per questo piccolo disturbo!</i>
Mancanza di sensibilità verso le emozioni espresse	<i>Non c'è motivo di piangere!</i>
Manifestare ostilità o colpevolizzare	<i>Se avesse seguito i miei consigli non si troverebbe adesso in questa situazione Sia breve.. Non ho molto tempo da perdere!</i>
Esprimere giudizi	<i>Non dovrebbe lasciarsi andare così.</i>
Dare consigli senza approfondire	<i>Perché non va in palestra per perdere qualche chilo?</i>
Dare consigli (su sollecitazione del paziente rispetto a problematiche psicosociali (il medico dovrebbe invece astenersi e rispondere: "Non saprei proprio..., Lei a che cosa ha pensato?")	<i>Paziente: Cosa farebbe lei al mio posto? Medico: Perché non si cerca un lavoro!</i>
Rassicurare prematuramente e in modo superficiale	<i>Stia tranquillo e non si preoccupi!</i>
Interrompere il paziente	
Essere autoritari	<i>So io cosa devo fare!</i>
Usare un gergo professionale	
Cambiare tema bruscamente	<i>Paziente: Ieri ho avuto dei forti dolori di stomaco. Medico: ho capito... quante sigarette fuma al giorno?</i>
Cambiare discorso quando il paziente dice qualcosa di imbarazzante, invece usare un commento riflessivo ("gay..") o chiedere "come mai mi fa questa domanda?"	<i>Paziente:..e così ho saputo che mio figlio è gay! Medico: ho capito.. da quanti giorni ha mal di stomaco? Paziente: " Cosa pensa del medico che mi ha visto prima?"</i>
Parlare troppo	
Dire "ho capito" senza aver capito o senza specificare cosa si è capito	
Prestare attenzione al primo problema riferito dal paziente senza verificare l'eventuale presenza di qualche altro problema (completare la lista dei sintomi: Che altri problemi ci sono?)	
Fare domande tendenziose	<i>Non beve, vero? In famiglia va tutto bene? Ha sentito molto dolore?</i>
Trarre conclusioni o fare supposizioni sulle emozioni o preoccupazioni del paziente senza aver fatto con lui/lei delle verifiche	

LINEE GUIDA PER LA FORMULAZIONE DI INTERVENTI CENTRATI SULLE EMOZIONI SEGNALATE O ESPRESSE

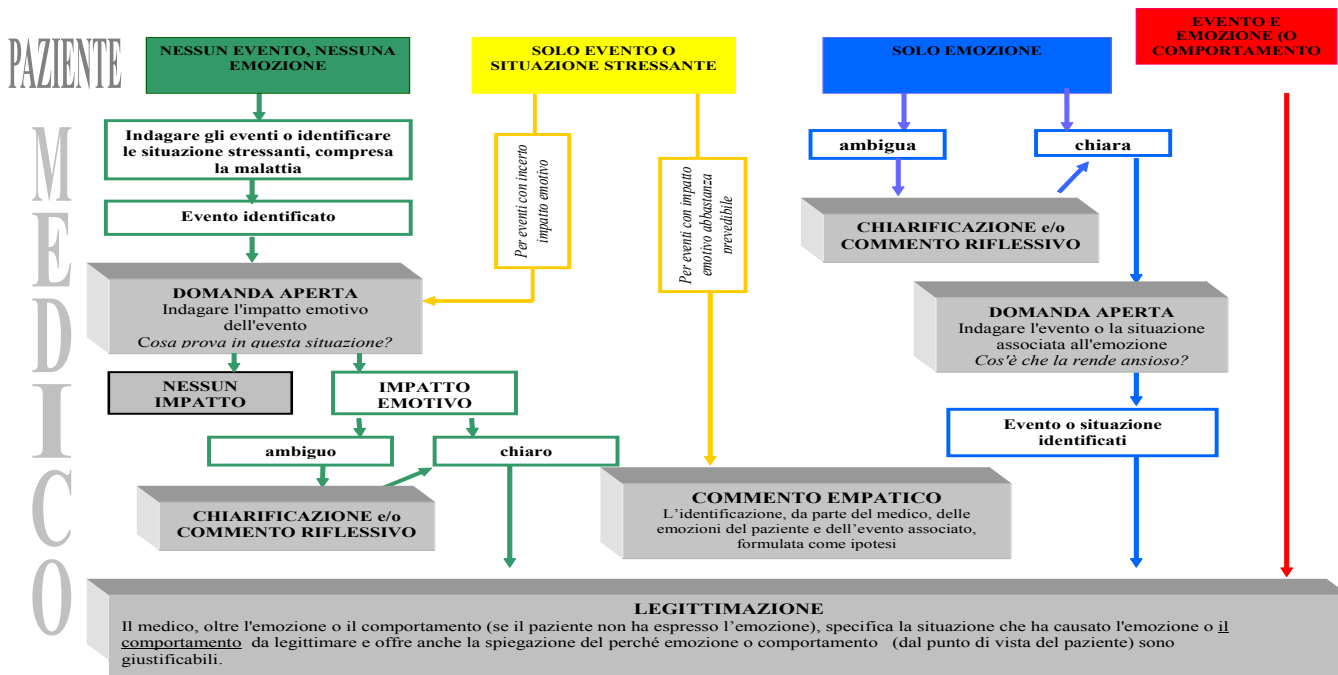
Obiettivi

- Facilitare l'espressione verbale delle emozioni da parte del paziente
- Rispondere alle emozioni espresse in modo che il paziente si senta compreso e sostenuto

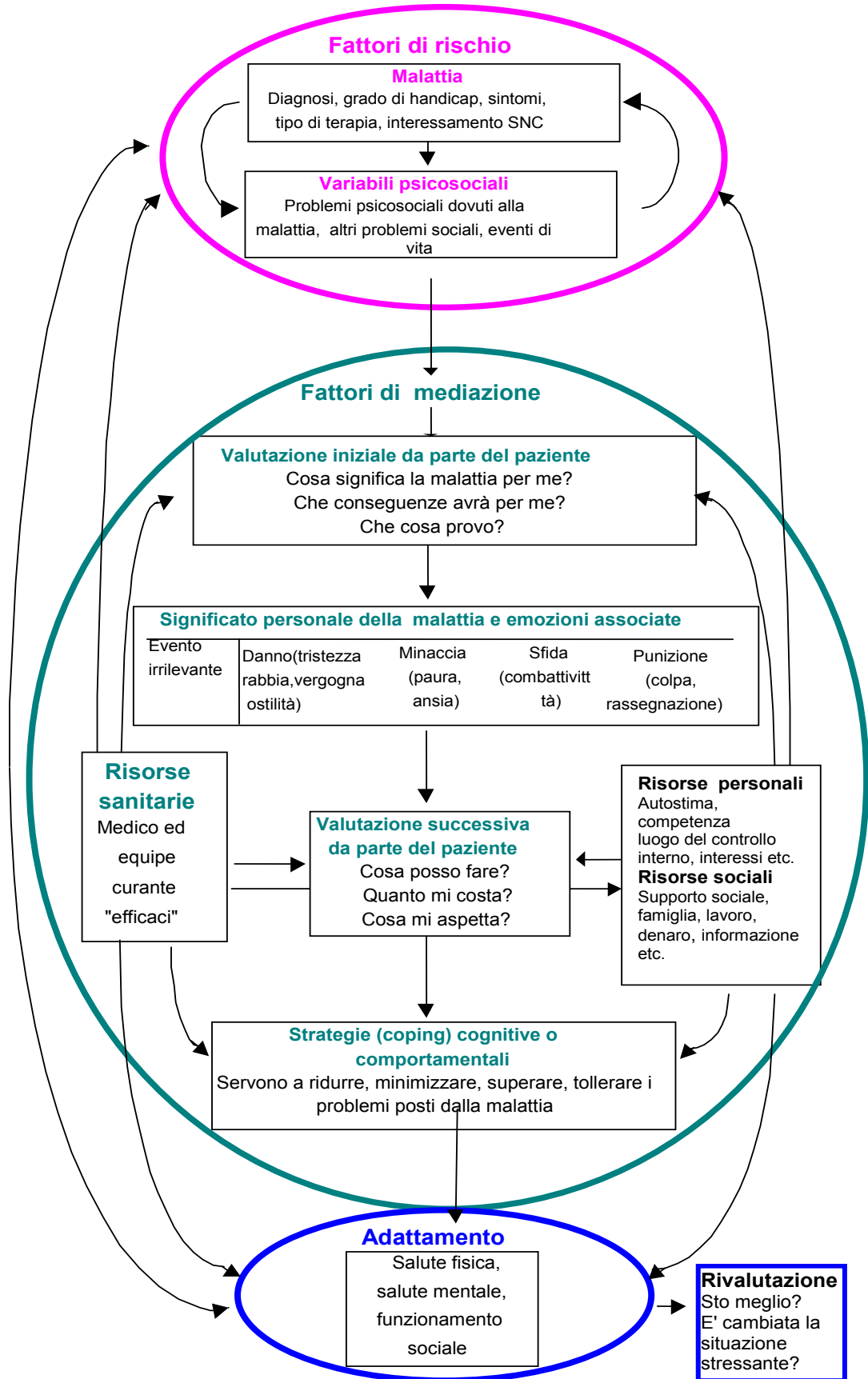
Come raggiungere tali obiettivi:

1. Considerare sempre se il paziente **segnala** un'emozione o un disagio (*cue*) (riferendosi ad eventi, facendo obiezioni etc), **o se la esprime chiaramente**.
1. **Per le emozioni "segnalate"** utilizzare:
 - *Domande aperte direttive*. Facilitano il paziente a verbalizzare l'emozione (come vive questa situazione? Cos'ha provato quando...?)
 - *Commenti empatici*. Da usare solo se il medico è abbastanza sicuro del tipo di emozione che sta alla base del disagio segnalato. Un efficace commento empatico richiede che il medico ipotizzi l'emozione del paziente ed espliciti la situazione associata all'emozione ipotizzata.
 - *Commenti di legittimazione*. Si legittima il comportamento segnalato o la frase detta dal paziente. Richiedono che il medico non solo specifichi la situazione, o quello che il paziente fa o dice, ma offra anche la spiegazione del perché il comportamento o la frase detta dal paziente sono giustificabili dal punto di vista del paziente. Da usare con parsimonia!
 - *Commenti riflessivi*. Riprendono la frase o la parte della frase che riguarda l'evento o il comportamento potenzialmente stressante o la potenziale emozione.
2. **Per le emozioni espresse** possono essere usate:
 - *Domande di chiarificazione* se il termine usato non è del tutto comprensibile
 - *Domande aperte direttive che indagano la situazione associata alle emozioni*. Si usano solamente per le emozioni espresse senza riferimento ad una situazione o condizione precisa (Esempi: "sono preoccupato!" O: "Mi preoccupano gli effetti collaterali"; Medico "Cosa la preoccupa in particolare?")
 - *Commenti di legittimazione*. Richiedono che il medico, non solo specifichi la situazione che ha causato l'emozione da legittimare, ma offra anche la spiegazione del perché l'emozione è giustificabile dal punto di vista del paziente.
3. Non aggiungere agli interventi centrati sulle emozioni altri interventi che hanno obiettivi diversi (ad esempio informare il paziente, rassicurarlo, dare suggerimenti, indagare le teorie del paziente).
4. Nell'assicurare aiuto, indicare sempre di che tipo di aiuto si tratta e per che cosa sarà fornito (richiede che il paziente abbia chiaramente espresso i suoi bisogni).
5. "Personalizzare" le domande aperte centrate sulle emozioni con una brevissima sintesi della situazione attuale del paziente.

SEQUENZA PER L'APPROCCIO DEL MEDICO ALLE EMOZIONI DEL PAZIENTE ED AGLI EVENTI ASSOCIATI



Allegato 10
Il process model of stress and coping



IL PROCESS MODEL OF STRESS AND COPING COME CORNICE DI RIFERIMENTO PER L'APPROCCIO BIOPSIOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA.

L'apprendimento pratico delle tecniche d'intervista è molto facilitato se sostenuto da una cornice di riferimento basata su conoscenze ed evidenze scientifiche rilevanti, cornice che guidi il medico nelle sue osservazioni, lo aiuti nel comprendere il loro significato, gli indichi quali informazioni fornite dal paziente sono da approfondire e quali no, e che gli suggerisca la direzione degli interventi successivi.

La comprensione dei meccanismi attraverso cui gli eventi di vita, i problemi sociali, le caratteristiche della malattia, le risorse personali e sociali, le emozioni e le convinzioni contribuiscono, singolarmente, o nella loro globalità alla salute fisica e mentale del paziente, aiuta a dirigere l'attenzione del medico ai segnali verbali e non verbali del paziente e da essi alle informazioni psicosociali che emergono.

Il modello abbozzato nell'Allegato 10 presenta, in forma grafica, una versione del "*process model of stress and coping*" di Folkman e Lazarus, modello che abbiamo semplificato e modificato in modo da renderlo applicabile al contesto della pratica medica e funzionale all'intervista medica, sia con pazienti ambulatoriali, sia con pazienti ricoverati. Il modello concepisce i sintomi e, in generale, la malattia come un evento o una crisi che come tutti gli eventi o condizioni di vita potenzialmente stressanti (fattori di rischio), devono essere affrontati e risolti. In altre parole, la malattia implica per il paziente una serie di "compiti" che possono essere definiti compiti di "adattamento".

I principali compiti consistono nell'affrontare la malattia, il trattamento e le terapie e nello sviluppare rapporti soddisfacenti col medico o con l'équipe curante. In seguito il paziente dovrà accettare gli eventuali cambiamenti nella sua vita personale provocati dalla malattia e dal trattamento ed infine, durante e dopo il periodo della malattia, dovrà mantenere o ristabilire l'autostima e l'identità personale, dovrà trovare fiducia e speranza e mantenere o ricostruire un ruolo familiare, lavorativo o sociale e rapporti interpersonali gratificanti.

La gravosità dei compiti di adattamento varia con la presenza dei *fattori di rischio*, come la gravità e le caratteristiche della malattia e del trattamento e le loro implicazioni psicosociali, la eventuale co-presenza di altri eventi o problemi sociali e con la presenza di *fattori che mediano* gli effetti dei fattori di rischio sull'adattamento finale, aumentandone o riducendone l'impatto. I fattori di mediazione comprendono i significati personali della malattia per il paziente e il tipo di emozioni associate (alcuni possibili significati e il loro impatto emotivo sono indicati nella figura) e le risorse sanitarie, sociali e personali di cui egli dispone.

La valutazione che il paziente dà dell'evento malattia (o di altri eventi), in altre parole, il significato personale dell'evento (valutazione iniziale) è un concetto centrale del modello perché determina, insieme con le risorse disponibili, la scelta delle *strategie* (valutazione successiva). Le strategie possono essere più o meno efficaci e quindi l'adattamento finale, in termini di salute fisica e mentale e di funzionamento sociale, sarà più o meno soddisfacente. Le direzioni delle frecce nel grafico evidenziano come questi fattori di rischio e di mediazione interagiscano nel determinare l'adattamento finale, pur esercitando allo stesso tempo un'influenza indipendente e diretta sull'adattamento.

Il significato personale della malattia o di altri eventi e il modo di affrontare i problemi correlati (*coping*) può cambiare in seguito ai risultati ottenuti e ai cambiamenti avvenuti nelle condizioni di salute, nella vita e nelle disponibilità delle risorse. Sono quindi soprattutto le strategie adoperate che mediano gli effetti della malattia e dei suoi aspetti stressanti

sulla salute. Questo meccanismo spiega ad esempio la notevole variabilità inter-individuale nell'esito che, nella pratica clinica, si osserva spesso in pazienti con patologie organiche identiche.

Il *medico* è una risorsa centrale per il paziente per ottenere il miglior esito possibile della malattia. Incide direttamente e indirettamente a tutti i livelli: biomedico, sociale (conseguenze psicosociali della malattia, risorse sociali), emotivo e cognitivo (valutazione da parte del paziente, significato personale della malattia ed emozioni associate), sulle strategie (di *coping*) e infine sull'adattamento. Affinché il medico possa influire sulla prognosi e sulla qualità di vita del proprio paziente, deve naturalmente essere in possesso delle informazioni rilevanti che riguardano i vari livelli definiti dal modello. La dimestichezza con un approccio centrato sul paziente è un prerequisito indispensabile a questo scopo.

Uno dei molti vantaggi di una cornice di riferimento biopsicosociale basato sul "*process model of stress and coping*" è che essa facilita il medico nel porre domande psicosociali collegandole alle lamentele fisiche ed alla malattia. Domande chiave in questo senso sarebbero ad esempio quelle che esplorano come i sintomi, la malattia o le sue conseguenze abbiano interferito con i vari aspetti della vita del paziente (tono dell'umore, relazioni interpersonali, lavoro, famiglia e tempo libero); cosa il paziente tema di più della sua attuale malattia; quale sia stato il problema più difficile da affrontare da quando si è ammalato e come lo sta affrontando.

Un altro vantaggio è che il modello sottolinea come sia importante identificare le *emozioni* associate a eventi o problemi menzionati dal paziente e, viceversa di identificare gli eventi associati alle emozioni rese manifeste dal paziente. Queste informazioni sono necessarie per distinguere le risposte emotive che possiamo definire normali da quelle patologiche e per impostare un trattamento o intervento, che privilegi un approccio basato sui problemi e sulla loro soluzione. Il concetto di "*coping*" focalizza l'attenzione del medico e del paziente sulle potenziali risorse, aumentando nel paziente il vissuto di controllo sul proprio destino, mentre il concetto di "*processo*" aiuta a pensare in termini longitudinali ed a valutare il paziente in relazione ai cambiamenti passati, presenti e futuri. Infine, pazienti a rischio di un cattivo adattamento possono essere identificati rintracciando eventi critici ed esplorando le risorse disponibili per poter attuare misure preventive immediate e per ridurre l'impatto di questi fattori di rischio sulla salute del paziente.

Come prendere appunti durante il processo centrato sul paziente

- Avvertire il paziente che si prenderanno degli appunti
- Annotare le date degli eventi di vita e le date rispetto all'evoluzione del disturbo
- Mantenere l'attenzione centrata sul paziente; non perdere il contatto visivo. Se si devono scrivere diversi dati, esplicitare e interrompere il flusso delle domande.



Allegato 13

L'intervista centrata sul "paziente"

Questa intervista è un esercizio d'ASCOLTO. Ogni paziente ha una sua storia che dimostra l'interazione tra le componenti biologiche (malattia), psicologiche e sociali nella sua vita. Lo studente deve imparare ad ottenere questa storia attraverso domande "chiave" (si veda allegato 7), ad ascoltare e a comprendere la storia raccontata dal paziente dal suo punto di vista (vedi Smith, Cap 3).

AREE DI ESPLORAZIONE

1. Breve storia della "malattia" (partendo dagli eventi più recenti).
2. Impatto della malattia sulla qualità di vita del paziente (lavoro, tempo libero, vita sociale, famiglia, coppia, tono dell'umore)
3. Opinioni, idee ed interpretazioni che il paziente aveva o ha fatto (ha o fa) della sua malattia (*health beliefs*) e significato personale della malattia
4. Come ha affrontato o affronta il paziente i problemi psicosociali causati dalla malattia.

OBIETTIVI

1. Farsi raccontare dal "paziente" la storia della sua malattia *dal suo punto di vista*.
2. Ascoltare il "paziente" *senza preconcetti o ipotesi preformate*, facilitando la sua libera espressione (domande aperte non direttive, facilitazioni semplici, commenti riflessivi)
3. *Ascoltare in modo attivo* (commenti riflessivi, sintesi, verifiche, domande di chiarificazione)
4. Avere un atteggiamento *empatico, cogliere e rispondere alle emozioni*.
5. *Comprendere il punto di vista del "paziente"* (indagare aspettative e teorie sui sintomi, diagnosi, trattamento proposto, significato personale del sintomo/malattia)
6. Fare domande "efficaci" che permettano di ottenere dal paziente, in un minimo di tempo, il massimo delle informazioni richieste per comprendere il significato personale della malattia o del ricovero, l'impatto emotivo, le strategie di "coping" e la qualità dell'adattamento alla malattia e al ricovero.

Allegato 14

Come aprire e chiudere l'intervista

"APRIRE" L'INTERVISTA

Privacy	Garantire un minimo di riservatezza
Interruzioni	Evitare le interruzioni: l'ascolto richiede concentrazione
Distanza	90-150 cm
Parità di status	Evitare barriere (scrivania, tavolini, stare in piedi, dislivelli nel contatto visivo)
Presentazione	<i>Buon giorno, Signor Rossi. Sono Sandra Bianchi, studentessa di medicina.</i>
Indicare il motivo del colloquio e il tempo necessario	<i>Vorrei farle alcune domande sulla sua malattia (disturbi, su quello che significa per lei e su come si sente ora. Ci vogliono circa 20 minuti</i>
Assicurarsi che il paziente sia a proprio agio	<i>Prima di fare domande sulla sua malattia vorrei sapere come si sente adesso.</i>
Avvisare il paziente se si prendono appunti (Se si decide di prendere appunti seguire la procedura corretta come specificata nell'allegato 14)	<i>Prenderò nota di alcune cose. Va bene per Lei?</i>

"CHIUDERE" L'INTERVISTA

- Ricapitolare quello che il paziente ha raccontato
- Lasciare al paziente l'ultima parola e/o la possibilità di fare delle domande:
"Cos'altro vorrebbe dire o chiedere?"
- Ringraziare e salutare.

Alcune strategie di coping*

Scoprire come il paziente “fa fronte” a...

Partendo dalla domanda relativa al significato personale del sintomo (“Secondo lei cos’è stata la cosa più difficile da quando è iniziata la sua malattia?”) si indagano le strategie usate (*coping*) per far fronte alle difficoltà menzionate con una domanda simile a quella seguente

Domanda:

Cosa ha fatto o sta facendo rispetto a questo problema (difficoltà, cambiamento)?

E possibile inquadrare le risposte dei pazienti in una o più delle strategie sotto elencate.

1. **Cercare più informazione (approccio razionale, intellettuale)***
2. **Parlare con gli altri (condividere la preoccupazione, avere interazioni sociali)**
3. **Tentare di “buttarla sul ridere” (inversione di emozioni)**
4. Non pensarci, dimenticare (soppressione, negazione)
5. **Distrarsi facendo altre cose, es. aiutare gli altri (spostamento, dissipazione)**
6. **Prendere dei provvedimenti positivi sulla base della comprensione attuale della malattia (confrontazione)**
7. **Accettare la malattia, ma cambiare il suo significato in qualcosa di più facile da affrontare da un punto di vista psicologico (ridefinizione)**
8. Subire, cedere, arrendersi all’inevitabile (passività, fatalismo)
9. Fare qualcosa o fare tutto in modo noncurante, impulsivo, avventato, incurante del pericolo (*acting out*)
10. **Esaminare le alternative possibili**
11. Mangiare, bere, prendere droghe (riduzione di tensione)
12. Ritirarsi, andare via, cercare l’isolamento (disimpegno)
13. Accusare o colpevolizzare qualcuno o qualcosa (proiezione, esternalizzazione)
14. **Fare quello che è stato consigliato dalle persone autorevoli (cooperazione e collaborazione)**
15. Accusarsi e colpevolizzarsi per gli errori commessi (espiare le colpe).

* In grassetto le strategie ritenute adeguate.

Adattato da: N.H. Cassen (1991): Handbook of General Hospital Psychiatry. Mosby Year Book. St. Louis

A.A. 2016/17

Intervista centrata sul paziente

*N.B. Non usate questi fogli durante l'intervista! Esercitatevi prima tra voi (role play) nell'uso delle domande sotto elencate che dovete porre al "paziente". **Solo Dopo** aver concluso l'intervista con il paziente riportate le informazioni ottenute sulle varie tematiche da indagare (non riportare tutte le risposte del paziente testualmente, ma sintetizzare le sue risposte, inserendo eventualmente le parole o frasi più significative).*

L'ordine con cui emergono le informazioni può non corrispondere a quello del modulo in quanto deriva dalle priorità che emergono durante l'interazione con il paziente.

Per avere le informazioni richieste, spesso non ci sarà bisogno di fare tutte le domande previste.

DATI SOCIO DEMOGRAFICI

Età: _____ Sesso: _____ Stato civile: _____

Ricoverato presso: _____ dal: _____

1. BARRIERE AMBIENTALI INCONTRATE PRIMA E DURANTE L'INTERVISTA E COME SONO STATE RISOLTE:

2. LE REAZIONI DEL PAZIENTE ALL'INTERVISTA:

3. DIFFICOLTÀ INCONTRATE (DEL PAZIENTE E/O DELLO STUDENTE) DURANTE LA CONDUZIONE DELL'INTERVISTA:

3. CONDIZIONI ATTUALI DAL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

3.1. Contesto di vita attuale:

Come trascorre la giornata:

Qualità delle relazioni interpersonali (familiari e amicali). Chi gli è vicino? Chi lo ascolta? Su chi può fare affidamento?:

4.2. Condizioni di salute attuali e fattori che hanno determinato la degenza

4.3. Qual è la patologia che preoccupa maggiormente il paziente e perché (idea di malattia, interferenza con la qualità di vita, cos'è cambiato da quando è ricoverato)?

4.4. Stato emotivo del paziente al momento dell'ingresso nella struttura (Cos'ha provato, come si è sentito, quando.....?)

4.5. Stato emotivo attuale (come si sente nell'ultimo periodo)

4.6 Cosa teme e quali conseguenze teme possa avere la sua attuale condizione (o disturbo, se presente)

5. COME AFFRONTA IL PAZIENTE I PROBLEMI CONNESSI AL RICOVERO (COPING)?

5.1. Come sta affrontando (o ha affrontato) il ricovero? Facendo o pensando che cosa? Chi o cosa l'aiuta?

6. VALUTAZIONE, DA PARTE DELLO STUDENTE; DELLE CAPACITA' ADATTIVE DEL PAZIENTE

6.1. Il paziente nel colloquio ha segnalato o espresso emozioni? Quali? Come?

6.2. Quali sono i fattori di rischio e quali gli elementi che consentono al paziente un buon adattamento alla sua attuale condizione? Su quali risorse può contare il paziente?
Identificare i fattori di rischio, i fattori di "mediazione", le risorse personali e sociali: esperienze passate, interessi, lavoro, disponibilità economiche, rete di supporto; risorse sanitarie, strategie di coping. (seguire i punti indicati nel modello di Stress e Coping di Lazarus e Folkman riportato in allegato 10)

7. RIFLESSIONI PERSONALI SULL'ESPERIENZA SVOLTA
