



PSICOLOGIA CLINICA

dott.ssa Paoletta Florio
psicologa-psicoterapeuta

**LA VOSTRA ESPERIENZA DA
PAZIENTE E/O FAMILIARE...**

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

- ❑ oggetto: la malattia (disease) = alterazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche, misurabili (Engel, 1977)
- ❑ obiettivi: formulare una diagnosi e intervenire attraverso strategie terapeutiche dimostrate scientificamente
- ❑ da modello come base per lo studio scientifico delle malattie e per il loro trattamento a modello «popolare»

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

1600

- ❑ dal dualismo cartesiano (assume una separazione tra mente e corpo) alla teoria dell'uomo-macchina
- ❑ Sydenham: chiara distinzione tra malato e malattia; «nella descrizione di una malattia bisogna distinguere i sintomi propri e costanti da quelli accidentali ed estranei. Chiamo accidentali quelli che dipendono dall'età, dal temperamento del malato e dal modo di trattare le malattie.»

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

1700 – 1800

- Laennec: «il costante scopo dei miei studi e delle mie ricerche è stata la soluzione dei tre seguenti problemi:
 1. descrivere la malattia nel cadavere per quanto attiene agli stati alterati degli organi
 2. riconoscere nel corpo ancora in vita specifici segni fisici...
 3. combattere la malattia con i mezzi che l'esperienza ha dimostrato essere più efficaci»

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

1900

- ❑ acquisizione della tecnologia diagnostica
- ❑ sviluppo della terapia farmacologica
- ❑ introduzione del disegno sperimentale: la dimostrazione dell'efficacia di un trattamento non passa più dall'esperienza del singolo, ma deve fondarsi su prove scientifiche; una medicina basata sulla sperimentazione controlla il soggettivismo di chi è trattato e di chi cura, mentre la ripetibilità degli esperimenti fornisce una totale garanzia dell'affidabilità dei trattamenti stessi

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

buongiorno... come sta? è da molto che non si fa vedere...

buongiorno... per fortuna mia... invece per mia sfortuna mi capita di dover essere qui... questo pomeriggio [sommesso]

che problemi ci sono?

dottore... ehmm... mi succede questo... un dolore... in questo punto... [indica il petto]

un dolore retrosternale?

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... un dolore retro... retrosternale... sì... credo proprio... è incominciato la scorsa settimana in concomitanza col fatto che mi sono messo a dipingere la cantina e a metà mattina nel corso del lavoro... ho sentito questa fitta... un po' acuta che devo dire che... mi sono un po' spaventato... poi la cosa non si è ripresentata per alcuni giorni... nonostante che [sommesso] io cercassi di fare attenzione alla cosa... però questa mattina di nuovo...

tratto da Moja E.A. e Vegni E.
«La visita medica centrata sul paziente»
2000, Raffaello Cortina Editore

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

si è ripetuto di nuovo e allora mi faccia capire... mi spieghi meglio com'è questo dolore... le fa male pure dietro... dietro alla colonna o è un dolore solo localizzato qua allo sterno? ha avuto delle sudorazioni in concomitanza con questo dolore? ha avuto capogiri? ha notato se aveva fatto colazione prima? era prima, dopo, in concomitanza con qualche pasto?

... ma allora...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... mi descriva un pochino in generale...

... mmmh... ripeto, è un dolore abbastanza acuto e... dura pochi secondi e... stamattina veramente era in fase di inspirazione che l'ho sentito... forse ancora più forte dell'altra volta... però alle altre sue domande che adesso non ricordo bene... devo dire no... non è in concomitanza con particolari... pranzi o cose di questo genere...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... ho capito... e mi dica una cosa ancora per capire meglio il da farsi... lei ha notato quella mattina stava facendo degli sforzi... cioè stava pitturando la cantina mi ha detto quindi ha notato se si fer... se stando fermo il dolore si modificava o era indipendentemente dal movimento... e dall'inspirazione... quella mattina io mi sono abbastanza spaventato e quindi ho lasciato perdere... ehm... però poi... è... è sparito... nel corso della mattinata... nel pomeriggio sono stato tranquillo e quindi...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... ho capito... in questi giorni ha lavorato tranquillamente?

... in questi giorni... sì, beh il mio lavoro... il funzionario postale... alle Poste... e quindi direi...

va beh, e allora sa che facciamo... incominciamo... vediamo un pochino di fare qualche accertamento... tanto per farla stare tranquillo... ritengo che non è niente di preoccupante, comunque per farla stare tranquillo... e per stare tranquillo io con la mia coscienza andiamo a fare... le prenoterò una visita dal cardiologo... andiamo a fare come dato principale, come

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

prima cosa un elettrocardiogramma anche se lei apparentemente ha una forma splendida e quindi non credo che il suo cuore...

... ma guardi... a proposito di questo... siccome io sono qui oggi perché di nuovo questa cosa si è ripresentata e in particolare mia moglie mi ha fatto presente che mi vedeva pallido... e allora... capisce...

... sì ma sa... le moglie esagerano sempre un po'... ora vediamo la pressione e...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... era perché lei ha parlato di splendida forma e quindi...

sì... è soggettivo... vediamo la pressione... e poi la visito un po', vediamo i polmoni, il cuore come va...

... sì...

[esame obiettivo ed esami strumentali nella norma]

va bene... incominciamo... allora le prescrivo una serie di analisi... andiamo a fare un emocromo... la sideremia... gli enzimi... GOT... GPT... [scrivendo] vediamo un pochino... un ECG... in giornata con una visita cardiologica...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... ecco io le sarei molto grato se le cose si potessero fare nel più breve tempo possibile...

sì, sì, non si preoccupi... adesso vediamo un pochino... il collega cardiologo è un mio amico dell'USSL... gli darò un colpo di telefono e vediamo se in via eccezionale riusciamo a farla vedere questo pomeriggio... andiamo a fare...
[scrivendo] LDH... CPK... PT... PTT... radiografia al torace...
d'accordo e allora vediamo un pochino....

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

mi scusi la domanda...

è a digiuno lei? o ha fatto colazione?...

... no, ho pranzato...

mmmh... ha pranzato... comunque... mi dica...

... no, dunque volevo capire, dottore... se queste indagini che lei mi fa fare sono finalizzate all'apparato... al cuore?

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

sì, facciamo anche un torace perché mi ha detto che aveva questo dolore quindi... andiamo a fare anche una radiografia del torace... vediamo un pochino di cercare di dare delle priorità alle cose... eventualmente poi andremo a vedere... se necessario approfondiremo le indagini... vediamo se può essere un problema di esofagite eventualmente... lei ha questo problema di un dolore... un bruciore retrosternale... andiamo ad escludere quello che... diamo delle priorità... andiamo a escludere che ci sia una patologia dell'apparato

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

cardiovascolare poi andremo avanti se questo come credo...
come spero, darà risultato negativo andremo ad approfondire
le indagini ulteriormente se ci sarà bisogno... lei capisce...
credo che siamo d'accordo...

io... io cosa posso fare siccome è una cosa che appunto...
essendosi ripetuta questa mattina... nel caso che di nuovo
dovessi accusare questo dolore [toccando lo sterno]

... ma... io le faccio fare oggi stesso un elettrocardiogramma
e la visita e vediamo quello che ci dice il collega...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

... no ecco perché...

... eventualmente ci risentiamo... mi fa un colpo di telefono a casa appena ha il risultato e vediamo... ne parleremo assieme... vediamo che risultato ci ha dato e... di modo che si mette tranquillo...

va bene...

d'accordo?...

facciamo così...

UN COLLOQUIO MEDICO-PAZIENTE

allora aspetto una sua telefonata... se si accomoda un momento di là cerco di rintracciare il collega e le do l'appuntamento per questo pomeriggio... d'accordo?

... benissimo... la ringrazio molto...

arrivederla, stia bene...

LE VOSTRE CONSIDERAZIONI...

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello disease-centred**

metodo clinico doctor-centred:

- protagonisti: la malattia e il medico (esperto di disease) che «unico depositario di conoscenza... cerca i segni e i sintomi della malattia, li arricchisce con i reperti delle indagini diagnostiche, e infine decide quali provvedimenti assumere» (Moja e Vegni, 2000)
- «il paziente è presente solo come figura ausiliaria, come portatore della malattia e depositario di informazioni e come ricettore passivo delle decisioni che il medico reputa necessarie» (Moja e Vegni, 2000)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

metodo clinico doctor-centred:

- ❑ contenuti della comunicazione: attenzione solo alla dimensione biologica della malattia; poca importanza al punto di vista del paziente
- ❑ modalità della comunicazione: alto controllo degli scambi da parte del medico



QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

punti di forza del modello:

- ❑ semplicità: consente la riduzione di un fenomeno complesso quale la malattia in un rapporto semplificato di causa (biologica)–effetto (patologico)
- ❑ predittività: la costanza dei rapporti di causa-effetto consente al medico di diagnosticare le malattie e di indicarne la prognosi
- ❑ chiarezza: indica con chiarezza i grandi obiettivi della medicina (diagnosi e trattamento), ma anche gli obiettivi della consultazione

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

punti di forza del modello:

- ❑ verificabilità: 1. della diagnosi attraverso l'approccio anatomo-patologico; 2. delle ipotesi attraverso il disegno sperimentale

- ❑ insegnabilità

limiti del modello:

- ❑ disumanizzazione
- ❑ parcellizzazione
- ❑ ipermedicalizzazione

«Il più grande errore nel trattamento delle malattie è che ci sono medici per il corpo e medici per l'anima, anche se le due cose non dovrebbero essere separate.» (Platone)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello disease-centred**

«In dieci anni di studi, ho imparato a tastare, manipolare, incidere, suturare, bendare, ingessare, togliere corpi estranei con la pinza, mettere il dito o infilare tubi in tutti gli orifizi possibili, iniettare, perfondere, esplorare tramite percussione, scuotere, fare una "buona diagnosi", dare ordini alle infermiere, redigere un referto a regola d'arte e fare qualche prescrizione, ma in tutti questi anni, non mi è stato mai insegnato ad alleviare il dolore, o a evitare che compaia. Non mi è mai stato detto che potevo sedermi al capezzale di un morente e tenergli la mano, e parlargli.» (Martin Winckler)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

1950 – denuncia della crisi del modello e della necessità di cambiamento

1980 – Jaspers: «la medicina... parcellizza la cura e la riduce alla rimessa in funzione di organi difettosi... una medicina incapace di confrontarsi con l'umanità del malato...» (Moja e Vegni, 2000)

1970 – contributi sperimentali circa l'importanza della comunicazione e le caratteristiche degli aspetti relazionali nella visita medica (senza modificare il modello, la comunicazione efficace è un «in più»)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

Balint (1957) – l'attività clinica del medico

- person centred medicine: una nuova terminologia per sottolineare i limiti della medicina tradizionale (riduzionismo biologico e unico interesse per la malattia) e la necessità di un suo ampliamento
- overall diagnosis: diagnosi non solo biomedica, ma allargata al mondo della persona
- la relazione con il paziente è di per sé terapeutica
- è necessario essere consapevoli dell'influenza della figura del medico come persona

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

Engel (1977) – la struttura teorica

- afferma l'esistenza di un modello implicito di medicina che condiziona la pratica medica in modo rilevante
- mette in discussione il modello di medicina che definisce disease-centred

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? il modello disease-centred

Engel (1977) – la struttura teorica

- propone il modello biopsicosociale: «l'uomo è un sistema complesso che può essere analizzato come insieme di sistemi che lo compongono (organi, tessuti...) e come parte di sistemi sovrastanti (sistema duale, familiare, sociale). Nel momento in cui interviene una malattia, si assiste ad una modificazione non solo della struttura organica dell'individuo, ma di tutte quelle altre parti che sono in relazione con essa...» (Moja e Vegni, 2000)

«Un medico è obbligato a guardare più in là di un organo malato, più in là di tutto l'uomo – deve vedere l'uomo nel suo mondo.» (Harvey Cushing)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello patient-centred**

- ❑ modificazione dei presupposti teorici
- ❑ oggetto: disease e il vissuto soggettivo di malattia (illness)
- ❑ obiettivi: diagnosi, confronto con il vissuto di malattia del paziente, trattamento (dal «to cure» al «to care»)
- ❑ la relazione non è più un mezzo, ma un fine

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello patient-centred**

metodo clinico patient-centred:

- ❑ protagonisti: malattia, medico (esperto di disease) e paziente (esperto di illness)
- ❑ contenuti della comunicazione: disease e illness (l'agenda del paziente: emozioni, pensieri, aspettative, contesto)
- ❑ modalità della comunicazione: il colloquio è un continuum, dove gli interventi-effetto funzionano a loro volta come interventi-causa

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello patient-centred**

punti di forza:

- ❑ conservazione inalterata del modello disease-centred per quanto concerne l'approccio al disease
- ❑ correzione del riduzionismo biologico attraverso l'ampliamento degli obiettivi all'area dell'illness
- ❑ specificità degli obiettivi che caratterizzano il metodo clinico relativamente all'illness (identificando le caratteristiche del vissuto di malattia, è in grado di indicare con precisione cosa il medico debba conoscere al termine della visita rispetto all'illness)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello patient-centred**

punti di forza:

- ❑ verificabilità del raggiungimento degli obiettivi della visita anche rispetto all'area dell'illness e delle ipotesi sperimentali che possono divenire oggetto di ricerca
- ❑ insegnabilità degli strumenti comunicativo-relazionali (NON si basano sull'istinto o l'attitudine del singolo!)

QUALE MODELLO TEORICO IN MEDICINA? **il modello patient-centred**

«Bisogna tornare alla “Medicina della persona”. Per curare qualcuno dobbiamo sapere chi è, che cosa pensa, che progetti ha, per che cosa gioisce e soffre. Dobbiamo far parlare il paziente della sua vita, non dei suoi disturbi. Oggi le cure sono fatte con un manuale di cemento armato: “Lei ha questo, faccia questo; ha quest’altro, prenda quest’altro”. Ma così non è curare.»
(Umberto Veronesi)

CAPACITÀ COMUNICATIVE DI BASE

L'insoddisfazione del paziente rispetto alle capacità comunicative del medico ha un peso di gran lunga superiore rispetto a qualunque altra insoddisfazione circa le competenze tecniche (Ben-Sira, 1976).

Critiche rispetto al modo in cui avviene la comunicazione (Buckman, 2003):

- la distrazione del medico o la sensazione che non stia ascoltando
- l'impiego di un linguaggio specialistico
- l'attitudine del medico a zittire il paziente

CAPACITÀ COMUNICATIVE DI BASE

**QUALI SONO GLI ELEMENTI
FONDAMENTALI?**



CAPACITÀ COMUNICATIVE DI BASE

- ❑ presentazione
- ❑ stretta di mano (prima al paziente o al familiare?)
- ❑ contesto fisico: sedersi
- ❑ postura
- ❑ domande chiuse vs. domande aperte
- ❑ lasciar parlare
- ❑ incoraggiare a parlare
- ❑ sopportare brevi silenzi
- ❑ dimostrare di comprendere (ripetizioni e riformulazioni)

CAPACITÀ COMUNICATIVE DI BASE

- ❑ risposte ostili: da evitare
- ❑ risposte giudicanti: da evitare
- ❑ risposte rassicuranti: attenzione alla rassicurazione prematura
- ❑ espressioni empatiche: 1. identificare l'emozione 2. identificare l'origine dell'emozione 3. rispondere in modo da far capire di aver compreso



L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

ICD – International Classification of Disease

eziologia → patologia → manifestazione clinica

MA secondo l'OMS la salute è uno stato di completo benessere psicofisico, mentale e sociale e non mera assenza di malattia...

MA alcune persone si rivolgono ai servizi sanitari non per ricevere diagnosi e cure, ma per le difficoltà incontrate nel far fronte alle conseguenze delle malattie...

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

ICIDH - International Classification of Impairment,
Disability and Handicap (OMS, 1980)

evento lesivo → menomazione → disabilità → handicap
(evento lesivo = malattia, infortunio, malformazione)

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

- ❑ impairment (menomazione): perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione
- ❑ disability (disabilità): perdita o riduzione della capacità di eseguire una data attività in modi considerati normali
- ❑ handicap: svantaggio, per la persona, risultante da una menomazione o una disabilità che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo considerato normale per quella persona, in rapporto all'età, al sesso e ai fattori socioculturali

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

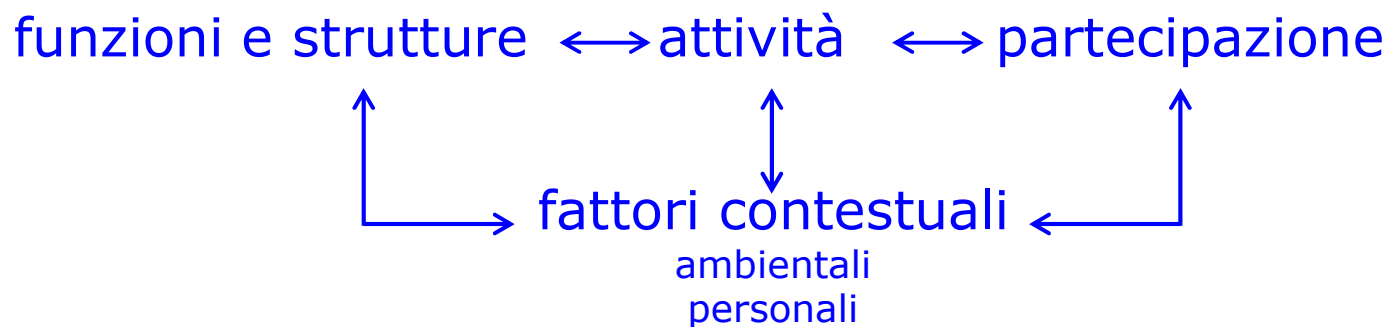
critiche:

- una menomazione non conduce necessariamente ad una condizione di disabilità o handicap
- non viene preso in considerazione l'ambiente come barriera o facilitatore
- si focalizza l'attenzione solo sulle attività che la persona non è più in grado di fare

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

ICF – International Classification of Functioning,
Disability and Health (2001)



«non più una classificazione delle conseguenze delle
malattie (menomazioni, disabilità, handicap), ma la
rassegna delle componenti della salute» (Soresi, 2007)

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

ICF – International Classification of Functioning,
Disability and Health (2001)

dimensioni del funzionamento:

1. del corpo (funzioni corporee e strutture corporee)
2. delle attività semplici e complesse
3. della partecipazione (coinvolgimento in una situazione di vita)
4. fattori contestuali (caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale, agli atteggiamenti e ai valori della persona e del contesto di appartenenza)

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

- ❑ menomazione: perdita o anomalia a carico di una struttura del corpo o di una funzione fisiologica
- ❑ attività: esecuzione di un compito o di un'azione da parte dell'individuo
- ❑ partecipazione: coinvolgimento di una persona in una situazione di vita



L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

Journal of Communication Disorders 39 (2006) 251–265

**Towards an international framework for
communication disorders: Use of the ICF**

Travis T. Threats

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

Eur Arch Otorhinolaryngol (2007) 264:1215–1222

Developing core sets for patients with head and neck cancer based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

U. Tschiesner · A. Cieza · S. N. Rogers · J. Piccirillo · G. Funk · G. Stucki · A. Berghaus

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (2008) 258 [Suppl 5]:81–85

**The role of the “International Classification of
Functioning, Disability and Health, ICF” in the
description and classification of **mental disorders****

Stefanie Baron, Michael Linden

L'ICF

la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute

Acta Ophthalmol. (2014) nov 92(7):689-96

**Evaluating rehabilitation goals of visually
impaired children in multidisciplinary care
according to ICF-CY guidelines**

Rainey L., van Nispen R., van Rens G.