

EPISTEMOLOGIA DELLA MEDICINA GENERALE

Luciano F. Giacci

Presidente Provinciale SIMG - Chieti

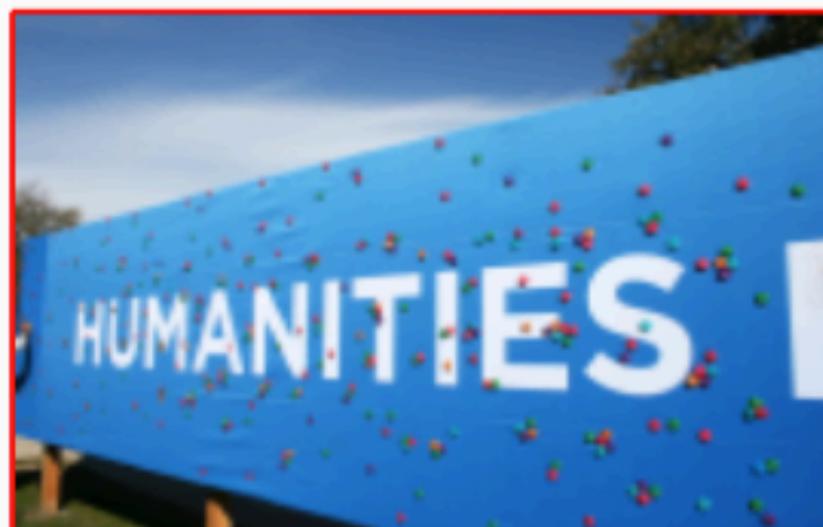


Società
Italiana di
Medicina
Generale

L' INCONTRO



- Apre una relazione comunicativa
- Lunghezza d' onda comune
- Capire il paziente
- Capire che rapporto il paz. ha costituito con la sua infermità
- Ascoltare senza schemi precostituiti (il paz. è l' esperto sulla sua malattia)
- Farsi capire
- Dimostrare di aver compreso (reinterpretazione)
- Condivisione tra medico e paziente



Per «**Humanitas**» si intende una concezione etica basata sull'ideale di umanità positiva, fiduciosa nelle proprie capacità, sensibile e attenta ai valori interpersonali e ai sentimenti. Si oppone al concetto di Homo Homini Lupus, e si riferisce a qualità innate dell'essere umano.



Marini MG



Il concetto anglosassone di **Humanities for Health** è più ampio di quello italiano di Umanizzazione delle cure, in quanto comprende:

- Il **patrimonio umanistico** nel trattare la malattia e la salute.
- La **prevenzione** e l'**educazione** alla salute.
- Il **processo decisionale** dall'inizio alla fine delle cure.
- L'**appropriatezza** dell'uso della tecnica.
- Il **contenimento** della **tecnocrazia** e della **medicalizzazione**.



Le **Health Humanities** si occupano di questioni esistenziali universali, quali la salute e la malattia.

Si avvalgono di un approccio interdisciplinare utilizzando il patrimonio artistico, letterario, filosofico, antropologico, sociologico e si ispirano al vissuto della cura, non necessariamente reale, di pazienti e curanti.



La **Medicina Narrativa**, pur conservando lo stesso obiettivo di indagine, ovvero il binomio tra malattia e salute, tratta di narrazioni reali e non di finzioni.



Personalizzazione. La Medicina Narrativa è quello che succede tra il professionista sanitario e il paziente: dalla raccolta delle informazioni su eventi prima della malattia a come la malattia si è manifestata, facendo attenzione ai **risvolti psicologici, sociali e ontologici**. L'attenzione è data al carico della malattia (*burden of illness*) e al modo migliore per **personalizzare la strategia di cura/intervento** (Greenhalgh. *Narrative based medicine in an evidence-based world. BMJ 1999*). Greenhalgh T 

Organizzazione. La Medicina Narrativa **fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa** per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere mossi dalle storie di malattia: aiuta i professionisti a migliorare l'efficacia dell'intervento sanitario sviluppando la **capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione** con pazienti e colleghi. (Charon. *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust. JAMA 2001*). 

Charon R 



IL RIFERIMENTO DISCIPLINARE

I riferimenti professionali di ogni MMG sono indubbiamente quelli scientifici propri del dominio disciplinare.

Ma sono assolutamente indispensabili competenze che non fanno parte del tradizionale bagaglio di nozioni apprese nel corso degli studi universitari.

- Il modello biologico
- Il riferimento epidemiologico
- L' evidence based medicine



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE Engel 1977

Il paziente che entra nello studio:

- presenta una patologia
- presenta un vissuto
- ha un adattamento alle relazioni umane e sociali compromesse dalla malattia

Tutto ciò si riflette anche sulla cura e (ove possibile) sulla guarigione della malattia.

APPROCCIO OLISTICO AL PAZIENTE



OBIEZIONE

Il modello bio-psico-sociale è realmente valido per spiegare ciò che i MMG fanno o dovrebbero fare?

Non esistono due differenti scienze, una della medicina generale e una della clinica medica specialistica, da contrapporre una all'altra; si tratta piuttosto di identificare le distanze focali, i punti di prospettiva, i modelli di spiegazione e comprensione da utilizzare nell'osservazione dei fenomeni biologici.



AFFERMAZIONE

Il MMG acquisisce le competenze professionali, oltre che dalla propria esperienza e dalle discipline biologiche, anche da altre scienze i cui metodi e dati offrono contributi rilevanti per raggiungere il primo obiettivo professionale: mettersi in relazione con una persona inferma nella prospettiva di contribuire in modo efficace e accettabile al ripristino di una funzionalità personale diminuita o minacciata da un' infermità più o meno grave.

APPROCCIO OLISTICO AL PAZIENTE



RISCHI DA EVITARE

- L' attenzione olistica al paziente si riduce alla ricerca della sua soddisfazione immediata
- Tendenza a rispondere ai suoi bisogni in modo superficiale, con le soluzioni che il paziente stesso sembra preferire o prospettare al medico
- Limitarsi ad accontentare il paziente invece di proporgli percorsi davvero utili

**SVILUPPARE CON IL PAZIENTE UNA
PARTNERSHIP BASATA SULLA FIDUCIA**



IL RIFERIMENTO EPIDEMIOLOGICO

Per il MMG le conoscenze epidemiologiche di base sono importanti per la pianificazione complessiva degli interventi proponibili e per la valutazione del loro impatto nel tempo. Inoltre, la prospettiva epidemiologica aiuta a formulare ipotesi diagnostiche e stime approssimative dei diversi rischi nel corso di tutte le fasi del processo assistenziale: dalla prevenzione alla diagnosi, dalla terapia al monitoraggio delle patologie.



EPIDEMIOLOGIA DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA

Il criterio epidemiologico fornisce al medico conoscenze di base utili come punto di partenza. La popolazione assistita, valutata nel suo complesso, è lo sfondo che permette di collocare ciascun individuo all'interno di categorie di persone simili per le caratteristiche che interessano in quel momento.

Un buon modo per far risaltare le particolarità individuali è quello di notarle per differenza rispetto allo sfondo.



IL RIFERIMENTO GIURIDICO

È inevitabile che tra medico e paziente si instauri una relazione all'interno della quale la soddisfazione della curiosità del primo va considerata legittima solo nel caso di una risposta positiva liberamente espressa dal secondo.

Paziente e medico possiedono una soggettività giuridica, che si esprime nella capacità di poter chiedere, nel corso di una relazione, la protezione del diritto a tutela della propria volontà.

L'idea che gli interessi di un paziente e del suo curante rispetto ai problemi di salute possano non coincidere e che addirittura debbano essere negoziati risulta spesso difficile da accettare per un medico che ritenga di partecipare a un rapporto regolato in modo ottimale (se non in via esclusiva) dalle sole norme del codice deontologico.



La clinica può essere esercitata solo quando un soggetto richiede a un medico una o più prestazioni professionali, a patto che esse siano sempre negoziabili per tutta la durata della relazione.

La negoziazione è lo strumento metodologico alla base della relazione contrattuale tra i due soggetti e non può essere considerata in alcun modo come una benevola concessione del medico al paziente.



IL CONTESTO SOCIALE

La comunicazione tra medico e paziente non avviene in un luogo isolato dal resto della società. Entrambi appartengono a un contesto sociale organizzato in un intreccio di relazioni complesse e sovrapposte.

I messaggi della comunità medica hanno un' autorevolezza e una credibilità riconosciuta, ma vengono sempre reinterpretati e organizzati da chi li riceve in base al proprio contesto culturale.



IL RIFERIMENTO ISTITUZIONALE

Il MMG deve rispondere a tre padroni:

- il paziente (necessità, bisogni, desideri)
- la scienza (efficacia clinica)
- il SSN (rigidità organizzative, strutturali, economiche)

La medicina generale deve mediare tra le diverse compatibilità, alla ricerca della migliore soluzione per ciascuno specifico problema da affrontare.

La ricerca della soluzione migliore richiede un procedimento troppo articolato per soggiacere a regole o sequenze di tipo computazionale.



LA RELAZIONE IN MG

Il MMG è coinvolto in un legame profondo, tacito e ricorsivo con i propri pazienti che dura decenni. In questa relazione si intersecano, nel tempo, le vicende della malattia e della salute del paziente e quelle professionali e private del medico.



I FATTORI CHE MODULANO LA RELAZIONE

Fattori individuali relativi al paziente

Struttura di personalità

Capacità di adattamento
attivo

Coper o non coper

Modelli soggettivi di salute
e di malattia

Quale modello di malattia?

Locus of control

Interno, esterno, powerful others?

COPER E NON COPER

to cope= lottare, impegnarsi



- COPER: si adattano attivamente alle situazioni nuove, anche di malattia e disagio, esprimendo reazioni normali.
- NON COPER: sono individui apprensivi, che non sono all'altezza delle situazioni, che non ce la fanno.

I MODELLI SOGGETTIVI DI SALUTE



- PAZIENTE: fattori psicologici lo portano a vivere la salute e la malattia in un certo modo e a cercare la risoluzione dei suoi problemi nell'ambito di determinate configurazioni comportamentali studiate dalla sociologia medica.
- MEDICO: può focalizzare di volta in volta, anche per problemi semplici, il modello esplicativo di malattia che ha costruito utilizzando abilità di ascolto nella consultazione.

TRE TIPI DI PAZIENTE



- **Pazienti con locus of control esterno**

La malattia è fuori dal proprio controllo (fatalismo, impossibilità di dominare forze esterne, scarso impegno e compliance).

- **Pazienti con locus of control interno**

La malattia è causata da fattori personali e controllabili (maggiore fiducia, compliance, valore dell'impegno)

- **Pazienti che attribuiscono potere ad altri**
(powerful others)

La malattia non è controllabile con le proprie forze, ma altri ne hanno il potere (debbono farlo e ne ricevono delega).

I FATTORI CHE MODULANO LA RELAZIONE



Fattori individuali relativi al medico

Struttura della personalità

Funzione apostolica
(Balint, 1961)

Cosa sono convinto che dovrebbe
fare una persona nella condizione
del paziente?

Valori

Cosa farei io?

I FATTORI CHE MODULANO LA RELAZIONE



Fattori che emergono nella relazione

Transfert

Chi sono io per il paziente?

Controtransfert

Chi è lui per me?

Cooperazione e
riconoscimento dei ruoli

Riconosce me come medico?
Riconosce sé come paziente?



CONFIGURAZIONI RELAZIONALI

L'armonia

Armonia	Il medico e il paziente hanno la stessa ipotesi su come ciascuno dei due dovrebbe comportarsi e il paziente è soddisfatto della risposta emozionale del medico
Armonia apparente	Entrambi non vogliono esplicitare la carenza di armonia
Disarmonia	Quando c'è disaccordo sui ruoli, sullo status, su ciò di cui si dovrebbe parlare, sull'intimità data o richiesta
Apparente disarmonia	Sotto un conflitto straordinario c'è un'armonia che solo la coppia sente
Neutralità	Non ci sono sentimenti specifici tra medico e paziente

Sec. Freeling et al, 1984



CONFIGURAZIONI RELAZIONALI

L'appropriatezza

Una relazione è appropriata quando aiuta il paziente a raggiungere ciò di cui ha bisogno e non necessariamente ciò che vuole.



ALCUNI CRITERI DI ANALISI DELLA RELAZIONE

- E' una relazione armonica?
- E' una relazione appropriata?
- C' è accordo sul terreno preferenziale di incontro?
- C' è accordo sul modello di riferimento della malattia?
- E' una relazione profonda?



IL CONFLITTO

Nella pratica della medicina generale ci si trova quasi sempre di fronte a conflitti di diversa entità, non sempre drammatici, ma legati ai modi specifici del paziente di vivere il proprio benessere o malessere, ai valori di salute e malattia, alle componenti culturali e ambientali e alla consapevolezza di poter scegliere i propri percorsi di aiuto.



IL CONFLITTO COME SITUAZIONE PATOLOGICA

La contrapposizione è di tipo antagonistico, caratterizzata da forte tensione e coinvolgimento emotivo; spesso sfocia in guerra (influenza del consumismo, il medico come controllore di risorse o di protesi burocratica del SSN).

Trovare sistemi di prevenzione che ne impediscano il sorgere.

Se è segnale di fallimento della relazione medico-paziente è spesso dovuto a scarse abilità di comunicazione del medico.



IL CONFLITTO COME ASPETTO COSTITUTIVO DELLE RELAZIONI

- Si possono analizzare gli attori nella loro complessità (aspetti razionali, irrazionali, consci e inconsci, motivazioni ...)
- Si può concentrare l'attenzione sui comportamenti più razionali, consapevoli e astuti (il conflitto può diventare un motore del cambiamento e, quindi, assumere una connotazione generativa, un incontro che, attraverso lo scambio, ricerca l'armonia, la soluzione condivisa).



LA NEGOZIAZIONE

Quando due persone interagiscono, la negoziazione è già in atto.
(Richard Bothelo, 1992)

L'atto del negoziare in MG si colloca all'interno di un sistema di relazioni complesso e in divenire. È caratterizzato da un agire che, comunque venga inteso, si pone l'obiettivo di governare una disomogeneità di punti di vista, ma soprattutto di valori e di concezione della salute, per giungere possibilmente a un'intesa.

Ogni medico esperto nel corso della propria attività professionale ha elaborato teorie personali su come risolvere i conflitti e su come modulare pratiche di negoziazione con i propri pazienti; queste "teorie in uso" su conflitto e negoziazione vengono costantemente applicate, con esiti a volte efficaci e a volte no.



Nella pratica aspetti di contesto, clinica, conflitto e negoziazione sono contemporaneamente presenti e si influenzano tra loro. La competenza clinica corretta, anche se indispensabile, non è sufficiente da sola a rispondere alla domanda di aiuto del paziente e del suo nucleo familiare. Un irrigidimento sul solo aspetto clinico potrebbe portare all'abbandono della situazione; di contro, una scarsa abilità negoziale potrebbe avere conseguenze, come stimolare la tendenza al consumo proposta dai mass-media, scaricare la responsabilità delle decisioni a un paziente che chiede di poter delegare, o accentuare l'angoscia e l'ansia spesso presenti in queste situazioni.

PRESUPPOSTI DELL' APPROCCIO NEGOZIALE



- **relativismo critico**: il paz. non ha sempre ragione, ma sicuramente ha una sua ragione e una sua verità che hanno il diritto di essere riconosciute
- **asimmetria critica**: riconoscere che comunque la relazione è asimmetrica in termini sia di conoscenza che di responsabilità, anche se sulle proprie percezioni e possibilità il paz. è più competente
- **politica del doppio binario**: il rispetto del punto di vista dell' altro contemporaneamente alla consapevolezza del proprio punto di vista
- **politica del minor danno**: la possibilità di avere come obiettivo significativo quello raggiungibile (anche subottimale)



STRUMENTI NEGOZIALI

- il ragionamento: uno scambio-confronto tramite la conversazione e le argomentazioni
- la ricerca e la valorizzazione di quello che funziona e che è possibile ottenere
- la ricerca di una modifica concordata della relazione
- la proposta di un diverso sguardo sugli eventi tramite la narrazione
- la valorizzazione della guida da parte del paziente e dei suoi possibili cambiamenti
- l' alleanza per modificare i contesti
- il gioco e lo humor come altro sguardo sul mondo e su se stessi



CARATTERISTICHE PERSONALI UTILIZZABILI

- ascolto
- curiosità
- capacità di attendere
- capacità di coinvolgere altri



L' INCERTEZZA IN MG

In medicina generale si è sempre a contatto con l' incertezza e il disagio decisionale.

- le decisioni sono eventi negoziali
- incertezza sull' interpretazione di quanto riferito dal paziente
- incertezza sull' attribuzione diagnostica dei disturbi
- incertezza sulla necessità di porre una precisa diagnosi
- incertezza sui reperti obiettivi
- mancanza di strumenti diagnostici idonei
- incertezza sulle terapie
- conoscenze limitate rispetto all' ampiezza delle situazioni da affrontare
- timore di sbagliare per eccesso o per difetto
- consapevolezza dei margini di imprevedibilità intrinseca dell' evoluzione delle patologie



Il MMG è sempre ben consapevole della possibilità di sbagliare; deve perciò saper convivere con l'incertezza e, al tempo stesso, mettere a punto le strategie per gestirla, minimizzando rischi opposti di difetto e di eccesso.



Gli accertamenti diagnostici nella relazione medico-paziente

“Prima di fare un esame decidete che cosa farete se è positivo o negativo, e se la risposta è la stessa cosa non fatelo”. A.Cochrane

In molte situazioni non è applicabile:

- prendere tempo
- mantenere la relazione con il paziente
- tranquillizzarlo
- convincerlo a modificare il proprio stile di vita
- confermare ai suoi occhi la correttezza di una diagnosi già evidente



Non scandalizzarsi, a patto che

- il medico sia pienamente consapevole degli obiettivi
- valuti bene i rischi, ma anche la possibilità di non raggiungere gli scopi per cui sono stati richiesti
- tenga presente i costi in termini economici, organizzativi e psicologici che possono ricadere sul paziente
- è sempre bene chiedersi se non vi siano altri mezzi (meno rischiosi o costosi) per raggiungere questi scopi

Quando il paziente fa una richiesta esplicita, bisogna cercare di capire perché formula la domanda. Di solito essa è una strategia che il paziente desidera confrontare con il giudizio del medico per risolvere uno stato di disagio, preoccupazione o malessere.



È possibile tentare di trasformare la richiesta incongrua in una occasione utile per il paziente stesso, trovando tempo e spazio per negoziare la richiesta

- verificare che il paziente sia effettivamente asintomatico (visita generale) e completare la raccolta di dati anamnestici personali
- controllare se vi sono condizioni di rischio
- verificare l'aggiornamento del calendario delle vaccinazioni
- controllare se vi sono indagini precedenti che indicano l'utilità di esami di controllo su quesiti o problemi specifici
- verificare l'esecuzione ed eventualmente proporre importanti procedure di diagnosi precoce (PAP-test, mammografia)
- proporre al paziente una richiesta selezionata in base a quanto emerge dai punti precedenti



LA RASSICURAZIONE

Rassicurante è ciò che non è (più) ignoto o ciò che dà un nome al non noto; rassicura chi può dare un nome al dolore e al malanno che ne sono privi.

L'incoraggiamento non ha lo scopo di realizzare una sorta di sedazione sorda, ma di rendere pensabile e dicibile la nebbia del dubbio e dell'incertezza.



LA RASSICURAZIONE

E' l'atto di aprire gli occhi a un altro, consiste nell'indicargli non il riparo, ma il modo di affrontare l'aggressore; dovrebbe essere un necessario chiarimento per creare un'alleanza che permetta alla coppia medico-paziente di affrontare il problema nel modo più efficace e ragionevole.

Rassicura lo stare accanto al paziente, assisterlo, essergli compagno di strada in situazioni in cui egli è solo con la malattia.



QUATTRO TIPOLOGIE DI RASSICURAZIONE

- Rassicurazione **dettagliata** e solo **tecnica**
- Rassicurazione **collusiva**
- Rassicurazione **frettolosa e superficiale**
- Rassicurazione **empatica e professionalmente circostanziata**



GLI STRUMENTI A DISPOSIZIONE

- Gli esami
- Riti e liturgie
- Parole e gesti
 - Rassicurare riguardo a cosa?
 - Rispetto della soggettività dell' assistito
 - Valutare il contenuto emotivo del sintomo



RASSICURARE IL PAZIENTE CON MALESSERI BENIGNI

- Esaminare il paziente
- Assicurare che non ci sono malattie gravi
- Suggestire che i sintomi si risolveranno
- Invitare il paziente a riprendere le sue attività
- Prendere in considerazione trattamenti non specifici
- Seguire il paziente nel tempo

SEI MODI PER RASSICURARE IL MALATO



- Dichiarare al malato la disponibilità a prendersi sempre cura di lui
- Rammentare l'inefficacia di assicurazioni generiche
- Evitare comunicazioni ambigue o contraddittorie
- Non assumere atteggiamenti stereotipati
- Non ostentare onnipotenza
- Fare attenzione a comportamenti inadeguati



LA PREVENZIONE

È considerata una delle principali attività del MMG: la sua posizione di primo referente per la popolazione generale e i numerosi, continui contatti con persone anche in buona salute, gli permettono infatti di dedicare tempo e risorse a quest'attività, che può essere condotta in diversi modi:

- informazione sulle cause di malattia
- dissuasione dai comportamenti rischiosi
- sensibilizzazione delle persone sulle cause ambientali patogene
- educazione alla salute
- screening dei fattori di rischio e delle patologie in fase preclinica
- trattamento dei fattori di rischio



IL RISCHIO

La prevenzione è strettamente correlata all'idea di rischio, cioè di qualcosa che va evitato, ridotto o eliminato.

L' ATTEGGIAMENTO INFORMATIVO



Di per sé neutrale, lascia alle persone il compito di decidere cosa fare, dopo essere state edotte delle possibili conseguenze (si può tendere a svuotarlo di risonanze affettive, ritenute non pertinenti e può lasciare spazio all'incertezza e alla paura)



L' ATTEGGIAMENTO DISSUASIVO O NORMATIVO

Fornisce informazioni su comportamenti da evitare o su regole da seguire, senza soffermarsi troppo sulle motivazioni, e dando per scontato che i comuni valori che rendono appetibile la prevenzione siano sempre condivisi.

Si cerca di ottenere l'*obbedienza*.

L' ATTEGGIAMENTO EDUCATIVO



Dialogo bidirezionale in cui il medico, non neutrale né autoritario, è capace di svolgere il ruolo fiduciario di consulente di una persona alla quale riconosce maturità, consapevolezza e autonomia di giudizio.



PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Sono concetti strettamente legati e non distinguibili in modo netto.

LA PREVENZIONE è l'insieme di pratiche volte a ridurre l'insorgenza, le complicanze e gli esiti invalidanti di specifiche patologie. Si realizza mediante una grande varietà di interventi, che possono essere diretti a una specifica malattia o a un gruppo di malattie, a soggetti con particolari fattori di rischio o ad ampie porzioni della popolazione.

MODALITA' E CAMPI DI AZIONE DELLA PREVENZIONE



Prevenzione	Obiettivi	Destinatari	Esempi
Primaria (evitare l'insorgenza di malattie)	<ul style="list-style-type: none">• Rimozione di cause di malattia o blocco di meccanismi patogenetici• Promozione della salute	<ul style="list-style-type: none">• Intera popolazione o categorie a rischio	<ul style="list-style-type: none">• Vaccinazioni• Alimentazione corretta, abolizione del fumo, esercizio fisico• Trattamento farmacologico dei fattori di rischio
Secondaria (evitare le recidive o la progressione)	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosi precoce• Blocco della progressione o dell'aggravamento• Riduzione del rischio di complicanze e recidive	<ul style="list-style-type: none">• Malati in fase precoce e asintomatica• Soggetti in cui si è già verificato un primo episodio acuto	<ul style="list-style-type: none">• Screening di massa e mirati• Screening opportunistici
Terziaria (ridurre le complicanze e le conseguenze)	<ul style="list-style-type: none">• Riduzione degli esiti invalidanti• Recupero di funzionalità	<ul style="list-style-type: none">• Malati	<ul style="list-style-type: none">• Trattamento farmacologico• Riabilitazione

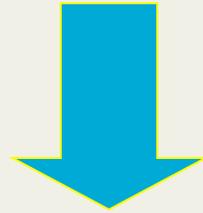
PREVENZIONE PRIMARIA

La **prevenzione primaria** mira a **evitare** che la malattia insorga (incrementando le difese dell'organismo, eliminando i fattori causali delle malattie e selezionando e trattando gli stati di rischio), per esempio con il ricorso alla vaccinazione o l'eliminazione degli agenti patogeni.

Prevenzione Primaria



**Individui ad alto rischio di sviluppare
malattia coronarica od altra malattia
aterosclerotica maggiore**



Stima del Rischio



**COSA SI INTENDE PER
FATTORI DI RISCHIO ?**

**Specifiche condizioni in grado di
aumentare la probabilità che si verifichi
un determinato evento (malattia)**



**CHE DIFFERENZA ESISTE FRA “CAUSA” DI UN
EVENTO E FATTORE DI RISCHIO ?**

**esempio di causa:
assenza di olio nel motore
causa l'avaria dello stesso**

**esempio di fattore di
rischio:
la nebbia aumenta il rischio
di incidenti stradali**

PREVENZIONE SECONDARIA

La **prevenzione secondaria** riguarda invece individui clinicamente sani che presentano un danno biologico già in atto, con lo scopo di **guarire** la lesione prima che la malattia si manifesti clinicamente. Lo strumento della prevenzione secondaria è la **diagnosi precoce** (è la tipica situazione riguardante i tumori), la cui attuabilità e la cui utilità differiscono a seconda delle caratteristiche delle varie malattie.

PREVENZIONE TERZIARIA

La **prevenzione terziaria** si identifica con la riabilitazione e la prevenzione delle recidive, con la finalità del miglior **reinserimento** del malato nel contesto familiare e sociale.



METODI DI PREVENZIONE IN MEDICINA GENERALE

COGLIERE L'OCCASIONE O CREARLA?



Intervento **opportunistico**

È l'intervento preventivo effettuato nei confronti di una persona che consulta il medico per un problema non correlato.

- **Vantaggi:** è semplice, poco intrusivo
- **Svantaggi:** è limitato a chi consulta il medico e spesso seleziona soggetti a rischio minore.

(cartella clinica)

ALCUNI INTERVENTI OPPORTUNISTICI



Rilevazione di dati in tutti gli assistiti

Anagrafici

- attività lavorativa e orari, titolo di studio
- composizione del nucleo familiare, eventuale rete assistenziale

Personali

- peso, altezza, allergie a farmaci
- stile di vita e abitudini voluttuarie
- fumo, consumo di alcolici, esercizio fisico

Anamnesi familiare

- diabete, ipertensione, dislipidemie, eventi c.v. precoci, neoplasie, malattie ereditarie
- Misura della pressione arteriosa negli adulti

Rilevazione di dati nelle donne

- Eventuale contraccezione
- Proposta di eseguire il PAP test ogni 3 anni (dopo i 25 anni)
- Proposta di eseguire la mammografia ogni 1-2 anni (dopo i 50 anni, o prima in donne a rischio elevato)

Monitoraggio periodico di soggetti a rischio

Ipertesi, diabetici, cardiopatici, soggetti a particolare rischio neoplastico

Vaccinazioni

Stato vaccinale per la rosolia nelle adolescenti, HPV, richiami della vaccinazione antitetanica e antinfluenzale *L. Giacci – SIMG*

COGLIERE L'OCCASIONE O CREARLA?



Intervento di iniziativa

Le persone vengono contattate dal MMG per essere sottoposte a controlli o interventi.

- **Vantaggi:** include i soggetti a rischio più elevato.
- **Svantaggi:** comporta un impegno notevole, necessita di programmazione, è potenzialmente intrusiva.

(livello socioeconomico)

LA PREVENZIONE MIRATA



La prevenzione non funziona in tutti.

Non si può sapere *in quali* soggetti a rischio non funzionerà, ma è quasi sempre possibile sapere *in quanti* funzionerà.

Il **NNT** dipende strettamente da:

- rischio iniziale
- tempo necessario perché il trattamento inizi ad apportare benefici
- caratteristiche individuali imprevedibili
- natura del rischio (gravità)
- tipo di intervento preventivo necessario
- possibili eventi avversi
- timore del rischio da parte dell'interessato
- presumibile adesione agli interventi proposti
- valutazione dei costi

STRATEGIE DI POPOLAZIONE E STRATEGIE DELL'ALTO RISCHIO



La prevenzione è in buona misura pianificabile anche in medicina generale. Tuttavia è poco realistico pensare a una rigida strutturazione di tutti gli interventi possibili: è preferibile stabilire alcune priorità e provare a rispettarle.

Le *strategie di popolazione* puntano a modificare alcune caratteristiche nell'intera popolazione, indipendentemente dal rischio (il massimo impatto si ha modificando i parametri medi della popolazione).

Le *strategie dell'alto rischio* sono mirate ad intervenire su pochi soggetti a rischio elevato, compito principale dei medici.



QUANDO IL RISCHIO E' ALTO?

Problemi:

- la progressiva diminuzione della tolleranza del rischio può rendere le persone sempre più dipendenti dai medici e dalle tecnologie biomediche, e vittime dell'ansia di ammalarsi
- le controversie tra gli esperti in materia e i conflitti di interesse
- l'assenza di informazione sui rischi della prevenzione
- gli specialisti sono portati ad un maggiore interventismo



INTERVENTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Molte raccomandazioni si possono basare sul semplice buon senso.

È importante che il MMG colga le occasioni opportune: non è possibile proporre contemporaneamente troppi suggerimenti, bisogna procedere per gradi e in modo continuativo.



TEST DIAGNOSTICI PREVENTIVI

I test di screening nei soggetti asintomatici sono pochissimi.

Non ci sono prove che le analisi del sangue o un esame obiettivo completo siano di una qualche utilità.

Bisogna valutare caso per caso: in presenza di determinate condizioni (rilevabili all'anamnesi familiare e personale o in base all'esame clinico) si possono individuare soggetti a rischio, per i quali sono utili alcune indagini mirate.

ALCUNI TEST DI SCREENING DI INTERESSE PER LA MEDICINA GENERALE

Test	Popolazione target	Note
Rilevazione della pressione arteriosa	Adulti	Controllo ogni 2-3 anni
Misurazione di peso e altezza	Tutti	Nell'infanzia, per il monitoraggio della crescita, successivamente, misurazione occasionale in caso di variazioni e monitoraggio del sovrappeso
Colesterolemia	Adulti oltre i 40 anni	Proposto da diverse linee guida (frequenza quinquennale)
Glicemia	Adulti oltre i 40 anni	Proposto dall'American Diabetes Association (frequenza triennale)
Esplorazione rettale	Anziani	Per valutare la prostata ed eventuali masse rettali.
Palpazione dei polsi arteriosi periferici e ricerca dei soffi carotidei	Presenza di altri fattori di rischio c. vascolare	Valutazione del rischio globale, interventi di prevenzione secondaria
Test per l'HIV	Soggetti che lo richiedono o individuati come a rischio	
Test per toxoplasmosi e rosolia	Donne in età fertile	Utile valutazione di base prima di un'eventuale gravidanza

ALCUNI TEST DI SCREENING DI INTERESSE PER LA MEDICINA GENERALE

Test	Popolazione target	Note
Test per microcitemia e carenza di G6PDH	Donne in età fertile	Da eseguire nelle donne che desiderano avere una gravidanza, solo nelle popolazioni ad alta prevalenza
Mammografia	Donne fra i 50 e i 69 anni	Nell'ambito di uno screening istituzionale oppure opportunistico gestito dal MMG
PAP test	Donne fra i 25 e i 65 anni	Nell'ambito di uno screening istituzionale oppure opportunistico gestito dal MMG
Ricerca del sangue occulto nelle feci	Soggetti oltre i 45 anni	Nell'ambito di uno screening istituzionale
Esame della cute	Soggetti che lo richiedono	Screening del melanoma (non vi sono prove di efficacia)
Ricerca di Clamidia	Donne con meno di 25 anni	Utile nelle donne con partner sessuali multipli, o in presenza di altre malattie sessualmente trasmesse
Densitometria ossea	Donne in menopausa	Consigliata in presenza di pregresse fratture, terapia cortisonica protratta, ipertiroidismo anamnestico, abitudine al fumo, basso peso, menopausa precoce, familiarità per fratture osteoporotiche

LA PREVENZIONE: ATTEGGIAMENTI CRITICI



È necessario una corretta cultura della prevenzione, profondamente diversa da quella delle *crociate*.

Per elementari considerazioni di carattere etico, gli interventi preventivi offerti a persone sane sono proponibili solo in presenza di un rapporto rischio-beneficio chiaro, documentato e nettamente favorevole, più di quanto si richieda per gli interventi terapeutici.

L'intervento del medico in campo preventivo non può basarsi sul tentativo di imporre all'interessato determinati comportamenti: deve piuttosto fargli comprendere che i mutamenti nello stile di vita, o gli interventi diagnostici e terapeutici, gli vengono proposti perché il MMG sa qualcosa più di lui sul suo possibile futuro, ed è bene quindi tenerne conto.



IL SENSO DELLA PREVENZIONE

- **La prevenzione ha senso, è efficace e migliora complessivamente le prospettive di salute delle persone, se si basa sull'assunzione di responsabilità.**

- **Non ha senso e nuoce alla qualità della vita se genera ansie, eccessivi timori, dipendenza, comportamenti esasperati o ossessivi.**

ALCUNI INTERVENTI PREVENTIVI RICHIESTI DAGLI ASSISTITI E A RISCHIO DI ABUSO IN MEDICINA GENERALE

Scopo della richiesta	Oggetto specifico della richiesta
Prevenzione o diagnosi precoce non richiesta	Analisi del sangue per un controllo
Diagnosi precoce del cancro della mammella in donne giovani non a rischio	Mammografia, ecografia mammaria, invio a centri specialistici
Diagnosi precoce del melanoma	Visita dermatologica di controllo
Ricerca ed eventuale eradicazione di <i>Helicobacter</i> in soggetti asintomatici o con sintomi non correlati	Test per la ricerca di <i>Helicobacter</i>
Prevenzione o diagnosi precoce di cardiopatie in soggetti asintomatici	Elettrocardiogramma con test da sforzo
Prevenzione dell'osteoporosi	Densitometria ossea
Diagnosi precoce del cancro della prostata	Dosaggio del PSA

QUANDO IL PAZIENTE RICHIEDE ESAMI PREVENTIVI NON APPROPRIATI

- La richiesta è davvero infondata? Sono presenti sintomi? Si tratta di un soggetto a rischio particolare?
- Chi ha suggerito di fare l'esame? Perché?
- Perché l'assistito chiede di effettuare quell'esame? Cosa vorrebbe ottenerne? Perché teme proprio quella patologia? Come mai ci ha pensato proprio in quel momento?
- L'assistito conosce o ha saputo di qualcuno che ha avuto la malattia che egli vorrebbe prevenire o diagnosticare? C'è un'anamnesi familiare che potrebbe avergli suggerito di essere a rischio?
- Si tratta davvero di un soggetto ansioso o ipocondriaco da rassicurare?
- Può essere dissuaso con una informazione più precisa? È in grado di comprenderla? Il medico è in grado di darla?
- Vi sono mezzi alternativi da proporre per prevenire la patologia?
- Si può eseguire un test più semplice, economico o maggiormente indicato, magari preliminare o utile a comprovare maggiormente l'assenza del rischio della patologia? Si può soddisfare l'esigenza dell'assistito con una visita? *L. Giacci – SIMG*

Errori relazionali nel disincentivare test preventivi considerati inutili

Modalità errate o sconsigliabili di risposta al paziente	Motivo	Esempio
Cercare di screditare la fonte da cui l'assistito ha tratto la convinzione dell'utilità di un test	Atteggiamento di chiusura. Non si entra nel merito, si esprime disprezzo per una fonte che l'interessato mostra di ritenere invece credibile e, implicitamente, lo si taccia di creduloneria	“In televisione dicono un sacco di sciocchezze, e quelli che ci vanno lo fanno solo per farsi pubblicità”
Arrabbiarsi per l'inconsistenza della richiesta; sentire messo in discussione il proprio ruolo professionale	Si polarizza l'attenzione su se stessi anziché sulla richiesta; si dimostra di percepire una minaccia al proprio ruolo	“Ma non le bastano le analisi del mese scorso? Non posso prescriverle un esame solo perché magari gliel'ha consigliato il vicino di casa!”
Prescrivere l'esame senza discutere, per evitare una perdita di tempo	Rifiuto di prendere in considerazione il paziente; messaggio implicitamente svalutante; si perde un'occasione per capire l'intenzione del paziente; situazione frustrante per il medico.	“Faccia come vuole. Ecco l'impegnativa”

Errori relazionali nel disincentivare test preventivi considerati inutili

Modalità errate o sconsigliabili di risposta al paziente	Motivo	Esempio
Prospettare all'assistito motivazioni economiche e sottolineare il costo degli esami	Concetto giusto, ma a rischio di essere frainteso nella realtà italiana e a seguito di una richiesta specifica. Il medico si colloca fuori dall'alleanza col paziente. È un messaggio che non può essere recepito da tutti, va comunicato in altre situazioni, richiede cautela e abilità comunicativa	“Se tutti quelli che me lo chiedono facessero una prova da sforzo, il SSN andrebbe in bancarotta”
Dare spiegazioni tecniche la cui comprensione è fuori dalla portata dell'interessato	Le spiegazioni troppo tecniche non vengono capite, spesso sono fraintese anche da persone di buon livello culturale; richiedono tempo.	“Ci sono molti studi che dimostrano che questo test ha troppi falsi positivi ed è poco sensibile”
Opporre un diniego non motivato e autoritario, anche se presentato educatamente	Non si offrono motivazioni del rifiuto, l'assistito è messo in condizione di inferiorità e trattato in modo paternalistico	“Ma lasci perdere. Ci penso io a consigliarla per il meglio: questo esame non le serve”

Errori relazionali nel disincentivare test preventivi considerati inutili

Modalità errate o sconsigliabili di risposta al paziente	Motivo	Esempio
Fornire una generica rassicurazione che “tutto va bene” e non c’è bisogno di esami	Messaggio paternalistico, che non si fa carico della domanda; non è detto che l’interessato abbia solo bisogno di rassicurazioni	“Stia tranquillo, non ha nulla di grave, non ci pensi nemmeno”
Interpretare sempre le richieste come segno di ansia	Atteggiamento superficiale: non tutte le richieste sono motivate dall’ansia; inoltre un paziente ansioso non ha per questo meno bisogno di essere informato correttamente e preso in carico	“Dovrebbe cercare di preoccuparsi di meno delle malattie”
Dare informazioni scorrette o capziose (difficoltà di eseguire il test, pericoli o disagi inesistenti, ecc.)	Atteggiamento che segnala l’esistenza di un rapporto molto scorretto; rischio di essere smentiti e conseguente perdita di credibilità	“Per fare il breath test per l’ <i>Helicobacter</i> bisogna andare in un centro specializzato e forse si può fare solo a pagamento... sa, è molto costoso e poi usa materiale radioattivo”



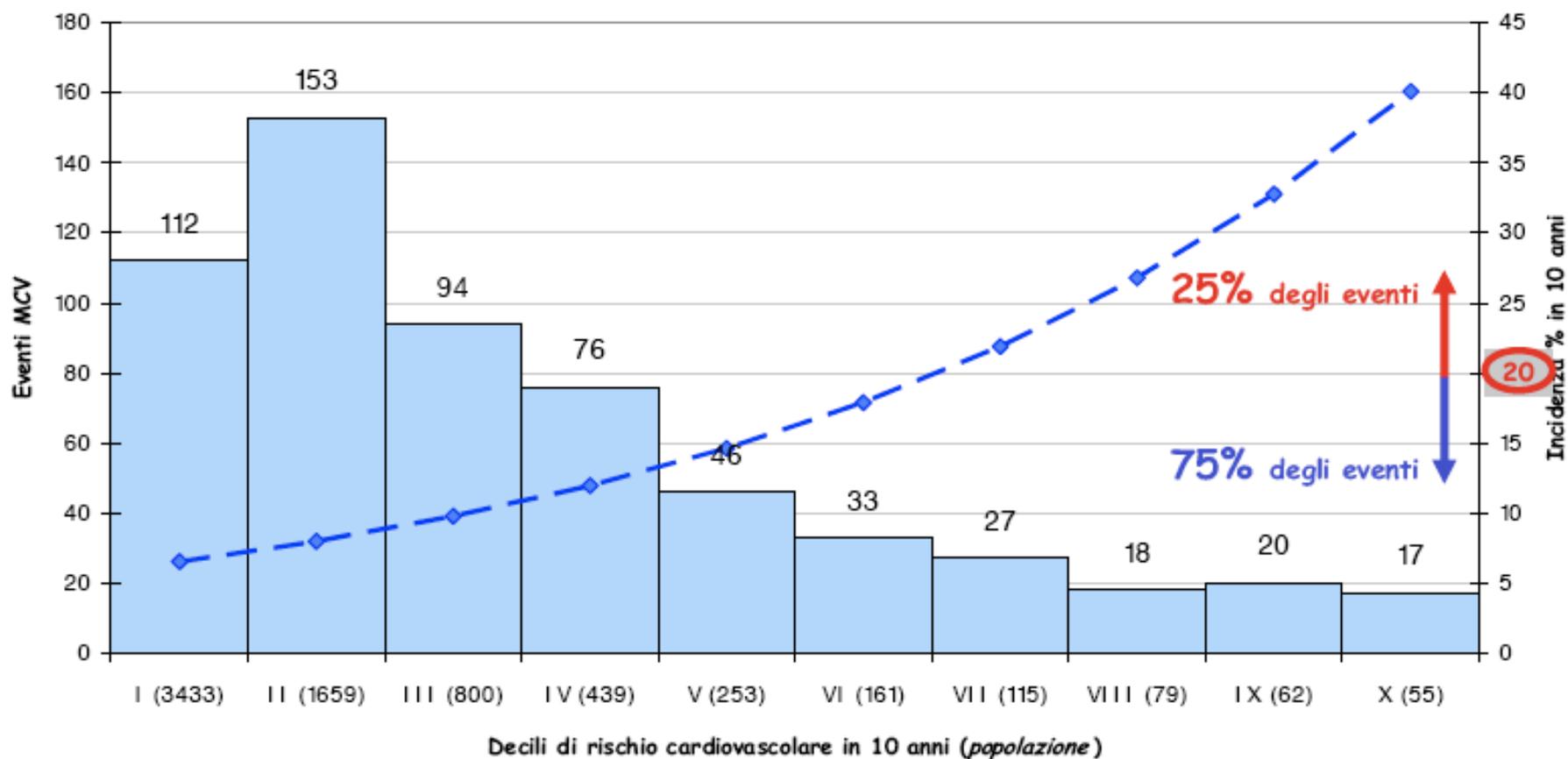
COME DEVE COMPORTARSI IL MMG?

- **Informare l'interessato sui reali benefici, limiti e rischi della procedura, in modo comprensibile e chiaro (per far questo è necessario che il MMG abbia a sua volta informazioni precise): alcuni interventi preventivi sono spesso ampiamente sopravvalutati dal paziente che rinuncia alla sua richiesta se è meglio informato.**
- **Approfondire i motivi della richiesta dimostrando all'assistito che la si prende comunque in considerazione, anche solo perché egli l'ha presentata.**

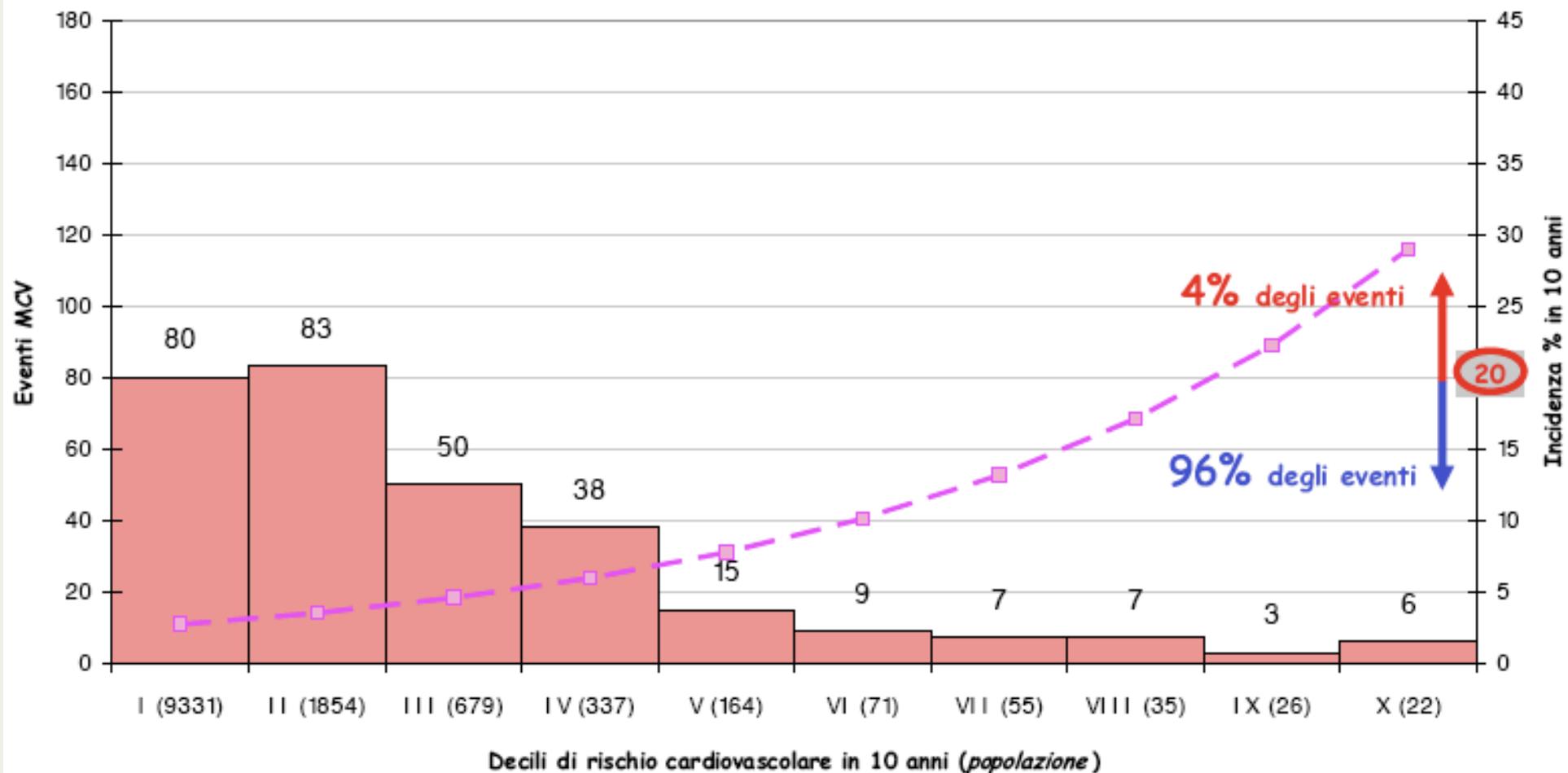
INDIVIDUI MALATI E POPOLAZIONI MALATE

- L'eziologia confronta due diversi problemi: i determinanti dei casi individuali e i determinanti dei tassi di incidenza ...
- ... Le corrispondenti strategie preventive sono **l'approccio dell'alto rischio, che cerca di proteggere gli individui suscettibili**, e l'approccio di popolazione, che cerca di capire le cause della differenza di incidenza...
- ... I due approcci non sono in competizione, ma l'obiettivo prioritario dovrebbe sempre essere quello di identificare e controllare le cause dell'incidenza.

Eventi cardiovascolari maggiori (barre) in relazione all'incidenza in 10 anni (curva tratteggiata) per decile di rischio MCV; UOMINI 35-69 anni



Eventi cardiovascolari maggiori (barre) in relazione all'incidenza in 10 anni (curva tratteggiata) per decile di rischio MCV; DONNE 35-69 anni



STRATEGIA PER GLI INDIVIDUI AD ALTO RISCHIO

PUNTI FORTI

- L'intervento è appropriato per l'individuo
- Gratifica il medico che propone un intervento migliorativo
- Motiva l'assistito nella modificazione del proprio comportamento
- Produce risultati in tempi rapidi

STRATEGIA PER GLI INDIVIDUI AD ALTO RISCHIO

PUNTI DEBOLI

- Medicalizzazione della prevenzione
- Il successo può essere palliativo e temporaneo, non radicale
- È inadeguata dal punto di vista del comportamento
- Il contributo al controllo della malattia nella popolazione può rivelarsi di scarsa entità

STRATEGIA DI POPOLAZIONE

PUNTI FORTI

- L'intervento è radicale
- Offre grandi potenzialità per la popolazione
- È adeguata dal punto di vista del comportamento

STRATEGIA DI POPOLAZIONE

PUNTI DEBOLI

- Offre solo un piccolo beneficio ai singoli individui
- Scarsa motivazione del medico e dell'assistito
- Rapporto beneficio/rischio poco significativo a breve termine, ma importante a lungo termine

PER RIASSUMERE ...

La prevenzione si realizza con due approcci, di popolazione e verso gli individui ad alto rischio.

Il primo riguarda tutti, bambini, adulti e anziani, è rivolto agli stili di vita, paga a lungo termine ed eradica la malattia.

Il secondo è rivolto solo ad una piccola parte di popolazione, è basato sul trattamento farmacologico, dà risultati a breve termine, ma non eradica la malattia.

**Quando molte persone hanno
un piccolo beneficio, il beneficio
totale può essere grande!**

LAVORO A GRANDE GRUPPO: misuriamo l'empatia

Di seguito vi mostrerò 16 domande con 3 possibili risposte di una persona che si rivolge a voi per un aiuto. Una di queste è da ritenersi non adatta. La motivazione è perché:

- I. Non è focalizzata sull'altro*
- II. Non è adattata all'altro*
- III. Non è esente da atteggiamenti di giudizio*
- IV. Non mostra all'altro la comprensione di chi ascolta*

Cercate di individuare la risposta da ritenersi più inappropriata e specificate il motivo/i che ne determinano il vostro giudizio negativo.

1. **“Stavo per dirglielo, ero fortemente intenzionato, ma non riuscivo a trovare le parole giuste”**

- a. Capisco quello che dobbiamo riuscire a fare è proprio questo, trovare le parole giuste nei momenti in cui servono
- b. Le parole giuste erano, come abbiamo visto insieme, che la deve smettere di comportarsi così
- c. Come mai? Eri così deciso, che cosa è successo? Eri in ansia?

1. **“Stavo per dirglielo, ero fortemente intenzionato, ma non riuscivo a trovare le parole giuste”**

- a. Capisco quello che dobbiamo riuscire a fare è proprio questo, trovare le parole giuste nei momenti in cui servono
- b. Le parole giuste erano, come abbiamo visto insieme, che la deve smettere di comportarsi così
- c. Come mai? Eri così deciso, che cosa è successo? Eri in ansia?

Risposta inadatta: b;

Motivo IV: non mostra all'altro la comprensione di chi ascolta

2. “E’ una cosa che mi ha fatto veramente soffrire...”

- a. Quale aspetto della situazione ti ha maggiormente fatto soffrire?
- b. E’ chiaro, anche a Paola è successa la stessa cosa quando...
- c. Si, lo capisco, è normale in quelle condizioni, ma cosa intendi per soffrire?

2. “E’ una cosa che mi ha fatto veramente soffrire...”

- a. Quale aspetto della situazione ti ha maggiormente fatto soffrire?
- b. E’ chiaro, anche a Paola è successa la stessa cosa quando...
- c. Sì, lo capisco, è normale in quelle condizioni, ma cosa intendi per soffrire?

Risposta inadatta: b;

Motivo I: non è focalizzata sull’altro

3. “...quando me l’hanno detto mi sono sentito morire...”

- a. In che senso si è sentito morire?
- b. Ti va di parlarne?
- c. E’ normale che la notizia possa aver provocato uno stato psicofisiologico negativo.

3. “...quando me l’hanno detto mi sono sentito morire...”

- a. In che senso si è sentito morire?
- b. Ti va di parlarne?
- c. E’ normale che la notizia possa aver provocato uno stato psicofisiologico negativo.

Risposta inadatta: c

Motivo II: non è adattata all’altro

4. **“ Ieri sera è tornato di nuovo ubriaco a casa, non so cosa fare...”**
 - a. Non ne ha mai parlato prima d’ora, mi dica un po’...
 - b. Capisco ma quello che ci interessa è un’altra cosa...
 - c. Come vive lei questa situazione?

4. “ Ieri sera è tornato di nuovo ubriaco a casa, non so cosa fare...”
- a. Non ne ha mai parlato prima d’ora, mi dica un po’...
 - b. Capisco ma quello che ci interessa è un’altra cosa...
 - c. Come vive lei questa situazione?

Risposta inadatta: b

Motivo IV: non mostra all’altro la comprensione di chi ascolta

5. “ Non so proprio più come andare avanti...”

- a. Mah, che vuoi fare, guarda le altre persone, anche loro hanno i loro problemi
- b. Cerchiamo di vedere come possiamo uscire da questa situazione
- c. Se me ne vuoi parlare, mi farebbe piacere sapere come è cominciato

5. “ Non so proprio più come andare avanti...”

- a. Mah, che vuoi fare, guarda le altre persone, anche loro hanno i loro problemi
- b. Cerchiamo di vedere come possiamo uscire da questa situazione
- c. Se me ne vuoi parlare, mi farebbe piacere sapere come è cominciato

Risposta inadatta: a

Motivo I: non è focalizzata sull'altro

6. “Eravamo lì che discutevamo e non ho resistito, mi ha fatto uscire dai gangheri e gli ho detto tutto quello che pensavo di lui e poi mi sono sentita così depressa...”

- a. Cosa gli hai detto esattamente?
- b. E' stato un grosso errore, non dovevi farlo, vedi poi che succede!
- c. Cos'è che ti ha fatto uscire dai gangheri?

6. “Eravamo lì che discutevamo e non ho resistito, mi ha fatto uscire dai gangheri e gli ho detto tutto quello che pensavo di lui e poi mi sono sentita così depressa...”

- a. Cosa gli hai detto esattamente?
- b. E' stato un grosso errore, non dovevi farlo, vedi poi che succede!
- c. Cos'è che ti ha fatto uscire dai gangheri?

Risposta inadatta: b

Motivo III: non è esente da un atteggiamento di giudizio

7. “Stavo per uscire di casa quando, quel fetente mi ha detto che avrebbe tagliato la corda ”

- a. Suo marito in precedenza aveva già minacciato di abbandonare il tetto coniugale?
- b. E' la prima volta che lo fa?
- c. Aveva già tagliato la corda qualche altra volta?

7. “Stavo per uscire di casa quando, quel fetente mi ha detto che avrebbe tagliato la corda ”

- a. Suo marito in precedenza aveva già minacciato di abbandonare il tetto coniugale?
- b. E' la prima volta che lo fa?
- c. Aveva già tagliato la corda qualche altra volta?

Risposta inadatta: a

Motivo II: non è adattata all'altro

8. “ No, non sono riuscito a dirglielo, avevo troppa paura della sua reazione ”

- a. Capisco è una reazione normale
- b. Di che cosa avevi paura esattamente?
- c. E' già la quarta volta che succede, così la storia continuerà all'infinito

8. “ No, non sono riuscito a dirglielo, avevo troppa paura della sua reazione ”

- a. Capisco è una reazione normale
- b. Di che cosa avevi paura esattamente?
- c. E' già la quarta volta che succede, così la storia continuerà all'infinito

Risposta inadatta: c

Motivo III: non è esente da un atteggiamento di giudizio

9. **“Beh, non so se ma la sento... forse sarebbe meglio...”**

- a. Se vuoi, se pensi che ti possa aiutare, possiamo trovare insieme il modo di...
- b. Capisco che può essere imbarazzante, però è necessario
- c. Forse non sono stato chiaro, è necessario che lo fai

9. **“Beh, non so se ma la sento... forse sarebbe meglio...”**

- a. Se vuoi, se pensi che ti possa aiutare, possiamo trovare insieme il modo di...
- b. Capisco che può essere imbarazzante, però è necessario
- c. Forse non sono stato chiaro, è necessario che lo fai

Risposta inadatta: b

Motivo IV: non mostra all'altro la comprensione di chi ascolta

10. **“All’ospedale mi hanno detto che ha ...tre mesi di vita...”**

- a. Beh, in fin dei conti lo sapevamo già, anche se fa soffrire, bisogna accettarlo...
- b. E’ un grosso problema dare questo tipo di informazioni
- c. Come ti sei sentita in quel momento?

10. **“All’ospedale mi hanno detto che ha ...tre mesi di vita...”**

- a. Beh, in fin dei conti lo sapevamo già, anche se fa soffrire, bisogna accettarlo...
- b. E’ un grosso problema dare questo tipo di informazioni
- c. Come ti sei sentita in quel momento?

Risposta inadatta: b

Motivo I: non è focalizzata sull’altro

11. “Dopo aver urlato, ero così arrabbiato, improvvisamente ho cominciato a sentire come delle pugnalate al petto, mi sono preso una paura che...”

- a. Non è la prima volta che succede, devi evitare queste situazioni
- b. Parlami dei dolori precordiali, capisco il tuo stato di allarme
- c. Capisco, mi dica esattamente quello che ha provato in quel momento

11. “Dopo aver urlato, ero così arrabbiato, improvvisamente ho cominciato a sentire come delle pugnalate al petto, mi sono preso una paura che...”

- a. Non è la prima volta che succede, devi evitare queste situazioni
- b. Parlami dei dolori precordiali, capisco il tuo stato di allarme
- c. Capisco, mi dica esattamente quello che ha provato in quel momento

Risposta inadatta: b

Motivo II: non è adattata all'altro

12. “Quell’intruglio lì non mi va proprio giù, non so che farci”

- a. Purtroppo certi intrugli bisogna mandarli giù per forza
- b. Si lo so, può essere spiacevole, ma bisogna che si sforzi e lo mandi giù
- c. Non è un intruglio signora, è un farmaco

12. “Quell’intruglio lì non mi va proprio giù, non so che farci”

- a. Purtroppo certi intrugli bisogna mandarli giù per forza
- b. Si lo so, può essere spiacevole, ma bisogna che si sforzi e lo mandi giù
- c. Non è un intruglio signora, è un farmaco

Risposta inadatta: c

Motivo IV: non mostra all’altro la comprensione di chi ascolta

13. **“Ogni volta che succede mi vengono in mente certe fantasie**

- a. No va bè, lasciamo perdere le fantasie
- b. Che tipo di fantasie?
- c. Proprio ogni volta?

13. “Ogni volta che succede mi vengono in mente certe fantasie

- a. No va bè, lasciamo perdere le fantasie
- b. Che tipo di fantasie?
- c. Proprio ogni volta?

Risposta inadatta: a

Motivo III: non è esente da atteggiamenti di giudizio

14. “Sono passati due anni che è morto, e ogni volta che ci penso mi sento proprio... non so...”

- a. Mi sembra che è solo un anno e mezzo, o no?
- b. E' normale, però bisogna che cominci a pensare a se stessa
- c. In quali occasioni le capita più spesso di sentirsi così...

14. “Sono passati due anni che è morto, e ogni volta che ci penso mi sento proprio... non so...”

- a. Mi sembra che è solo un anno e mezzo, o no?
- b. E' normale, però bisogna che cominci a pensare a se stessa
- c. In quali occasioni le capita più spesso di sentirsi così...

Risposta inadatta: a

Motivo IV: non mostra all'altro la comprensione di chi ascolta

15. “Sono arrabbiatissima con lui e non riesco a capire come mai lui non se ne accorga”

- a. Forse dovresti capire il perché sei così arrabbiata
- b. Hai provato a parlarne con lui?
- c. Guarda ho lo stesso problema con mia moglie e lo so che non è facile

15. “Sono arrabbiatissima con lui e non riesco a capire come mai lui non se ne accorga”

- a. Forse dovresti capire il perché sei così arrabbiata
- b. Hai provato a parlarne con lui?
- c. Guarda ho lo stesso problema con mia moglie e lo so che non è facile

Risposta inadatta: c

Motivo I: non è focalizzata sull'altro

16. “Mi sento sempre così agitata, devo fare molte cose sennò mi sembra di essere inutile...”

- a. Sì, capisco e quando le succede, più spesso?
- b. In che senso, inutile?
- c. E' proprio questa agitazione il nostro problema, se non si calma un po', non riuscirà mai ad essere normale

16. “Mi sento sempre così agitata, devo fare molte cose sennò mi sembra di essere inutile...”

- a. Sì, capisco e quando le succede, più spesso?
- b. In che senso, inutile?
- c. E' proprio questa agitazione il nostro problema, se non si calma un po', non riuscirà mai ad essere normale

Risposta inadatta: c

Motivo III: non è esente da atteggiamenti di giudizio

Domanda	Risposta inadatta	Motivo
1	b	IV
2	b	I
3	c	II
4	b	IV
5	a	I
6	b	III
7	a	II
8	c	III
9	b	IV
10	b	I
11	b	II
12	c	IV
13	a	III
14	a	IV
15	c	I
16	c	III