



Emanuela Mazza

La relazione medico-paziente

Manuale di ComunicAzione
per i Professionisti della Salute



EDIZIONI ENEA

Emanuela Mazza, trainer di Programmazione Neuro-Linguistica ed ex paziente, si rivolge a medici, infermieri e a tutti i professionisti della salute, ricordando che la comunicazione medico-paziente non è un contorno facoltativo delle professioni sanitarie, ma piuttosto un ingrediente centrale del percorso terapeutico.

In questo libro imparerai a individuare le strategie comunicative più appropriate alle diverse situazioni, a sperimentare tecniche comunicative differenziate a seconda delle caratteristiche dei pazienti, e a comunicare più efficacemente all'interno del tuo gruppo di lavoro. Troverai strumenti di PNL, tecniche e studi sviluppati nelle migliori università del mondo, esercizi, esperienze raccontate da pazienti e medici, storie utili a comprendere alcune connessioni tra i comportamenti delle persone, la comunicazione e il funzionamento del nostro cervello.

Emanuela Mazza

La relazione medico-paziente

Manuale di ComunicAzione
per i Professionisti della Salute



EDIZIONI ENEA

© 2016 Edizioni Enea - S.I.R.I.E. srl

Prima edizione: ottobre 2016

ISBN 978-88-6773-047-6

Art Direction: Camille Barrios / ushadesign

Stampa: Graphicolor (Città di Castello)

Edizioni Enea

Ripa di Porta Ticinese 79, 20143 Milano

info@edizionienea.it - www.edizionienea.it

Tutti i diritti riservati. Nessuna parte di quest'opera può essere riprodotta in alcuna forma senza l'autorizzazione scritta dell'editore, a eccezione di brevi citazioni destinate alle recensioni.



Questo libro è stampato
su carta FSC®

*In principio parole e magia erano una sola cosa,
e perfino oggi le parole conservano molto del loro
potere magico. Attraverso le parole ognuno di
noi può dare a qualcun altro la massima felicità
oppure portarlo alla totale disperazione; attraverso
le parole l'insegnante trasmette la sua conoscenza
agli studenti; attraverso le parole l'oratore trascina
il pubblico e ne determina giudizi e decisioni.
Le parole suscitano emozioni e sono il mezzo con
cui generalmente influenziamo i nostri simili.*

SIGMUND FREUD

Indice

- 11 **Prefazione del Prof. Antonio Gasbarrini**
- 15 **Prefazione di Claudio Belotti**
- 19 **Introduzione**
- 23 **Anteprima**
- 23 Perché questo libro
- 23 A chi è rivolto questo libro
- 24 Obiettivi
- 25 Attenzione alle tre parole pericolose!
- 27 **1. La comunicazione in medicina: competenza
fondamentale oppure no?**
- 27 Perché è importante la comunicazione medico-paziente?
- 30 Cosa succede in Italia e nel resto del mondo
- 32 Un po' di storia: dal potere di ruolo al potere di relazione
- 34 Le tre dimensioni della malattia
- 37 **2. Capire e farsi capire**
- 37 Cosa vuol dire per te comunicare?
- 38 La comunicazione come relazione
- 38 I tre ingredienti-base per una comunicazione efficace
- 39 Comportamento = Comunicazione

| | |
|-----|--|
| 42 | Gli elementi fondamentali della comunicazione |
| 43 | Le tre abilità dei comunicatori di successo |
| 44 | Come comunichiamo: linguaggio verbale, non verbale e paraverbale |
| 46 | Il potere di alcune parole |
| 51 | 3. La percezione soggettiva della realtà |
| 51 | Cos'è la PNL |
| 54 | I presupposti della PNL |
| 59 | I cinque sensi |
| 65 | Sette (più o meno due) informazioni alla volta |
| 69 | 4. Come costruire la relazione con il paziente più velocemente |
| 70 | Rapport |
| 71 | Ricalco |
| 74 | Calibrazione |
| 74 | Guida |
| 76 | Ascoltare per comunicare |
| 90 | L'arte di fare domande: il metamodello |
| 97 | Comunicare al livello inconscio: il Milton Model |
| 107 | 5. Come definire obiettivi con il paziente più efficacemente |
| 119 | 6. Convinzioni ed emozioni: che ruolo hanno? |
| 121 | La gestione dello stato |
| 125 | 7. Comunicare cattive notizie |
| 131 | 8. Un modello di intervista medica: Calgary-Cambridge Process Skill Guide |

| | |
|-----|-----------------------|
| 145 | Conclusioni |
| 149 | Ringraziamenti |
| 151 | Bibliografia |

Prefazioni

Il rapporto medico-paziente è quella particolarissima relazione che si instaura tra un professionista sanitario e un paziente a partire da uno stato di malattia di quest'ultimo. Tale asimmetria lo rende rischioso per il paziente, la parte più vulnerabile, il quale è dipendente da competenza e decisioni del medico.

Per secoli tale rapporto si è basato su un'etica medica paternalistica, cioè basata sulla concezione che il medico potesse decidere in favore e per conto del paziente indipendentemente dalle sue preferenze. Col crescere delle conoscenze scientifiche si è poi passati a una concezione in cui il paziente potesse esprimere la propria volontà nel rispetto di un'autonomia decisionale. In tale contesto il paternalismo medico si è mostrato un modello etico di comportamento non più adeguato, che andava a ledere il diritto all'autodeterminazione. Con tale visione il rapporto medico-paziente è andato via via a svilupparsi in un rapporto simmetrico che ha raggiunto il suo culmine con il dovere del medico di informare il paziente e di ottenere il suo consenso.

Rischio di tale moderno approccio però è stato quello di perdere il rapporto umano medico-paziente a favore di un'applicazione assolutamente meccanicistica di protocolli, linee guida, piani diagnostico-terapeutici. Approcci, che da un lato hanno forse garantito l'applicazione generalista della cosiddetta buona pratica clinica, dall'altro hanno spesso portato a non

considerare più il paziente in quanto individuo ma in quanto organo malato, passando cioè da un rapporto medico-paziente a un rischioso rapporto medico-malattia.

Il libro di Emanuela ha proprio lo scopo di aiutare il lettore, medico o professionista sanitario che sia, ad affrontare in modo scientifico, corretto, sensibile, questo rapporto. Lo guida a comprendere quanto il linguaggio, sia verbale che non verbale (gesti, posizioni, mimica), sia importante per comunicare e soprattutto per entrare in *empatia* con la persona che abbiamo di fronte. Ci mostra, in particolare, quanto la scelta delle parole abbia un significato ben preciso e quanto sia importante l'ascolto della *persona* che abbiamo di fronte. Analizza in modo preciso e dettagliato l'arte della buona comunicazione mostrandoci come costruire una relazione, come definire e condividere gli obiettivi di una cura o come comunicare una cattiva notizia.

Avendo avuto la fortuna di essere cresciuto in una Scuola di medici umanisti che ritenevano che non vi potesse essere buona medicina in assenza di un rapporto con la Persona più che col Paziente in quanto tale, molto mi sono ritrovato negli scritti di Emanuela. Secondo l'umanismo, infatti, il compito cardine del medico è quello di combinare la formulazione di una diagnosi con l'applicazione di logica e fatti osservabili (sostenendo scetticismo e metodo scientifico) al capire l'uomo nel suo essere più autentico, nel credere cioè in una medicina "per l'Uomo".

Il mio rapporto medico con Emanuela è stato un buon esempio della complessità di questa relazione. Quando l'ho conosciuta il problema non era tanto aiutarla come paziente ma aiutarla a rimanere attrice nel contesto della bella vita che si era creata. E su tutto, di quel difficile periodo, ricordo i suoi bimbi che si aggiravano impauriti nella stanza. Sono convinto che Emanuela voleva che io pensassi specie a loro nel delicato

momento in cui si era affidata a me, che io curassi non solo la paziente, ma che mi occupassi della persona, della mamma di quei bimbi.

Sono certo che questo è stato uno dei *driver* che l'hanno poi spinta a occuparsi con così tanto entusiasmo e successo della comunicazione medico-paziente, quella complessa relazione in cui analisi del problema, empatia, conoscenza del contesto familiare, sentimentale e professionale, consapevolezza delle scelte, accompagnamento, si fondono tra loro realizzando un rapporto sacro. Una relazione che per essere efficace dovrebbe andare ben oltre il tempo della visita o di una prescrizione, e che diventa inevitabilmente un legame tra Uomini, poiché non vi può essere nessun Medico senza il suo Paziente e nessun Paziente senza il suo Medico.

Prof. Antonio Gasbarrini

Direttore U.O.C. di Medicina Interna,
Gastroenterologia e Malattie del Fegato
del Policlinico Gemelli
Professore Ordinario Malattie
Apparato Digerente,
Università Cattolica del Sacro Cuore

Sin da piccolo mi sono chiesto perché le persone fanno quello che fanno, e soprattutto qual è il modo in cui lo fanno. Per questa ragione mi sono avvicinato a diverse metodiche e teorie che cercano di spiegare il comportamento umano e le sue dinamiche. Ne ho trovate molte di interessanti nei paesi anglosassoni, dove a mio avviso, il risultato ha più importanza del processo.

Nel frattempo per le esigenze di salute di mio padre e poi per questioni di lavoro ho conosciuto molti medici. Ho sempre trovato persone appassionate, che avevano iniziato grazie alla voglia intima di voler fare del bene. Li ho sempre ammirati per la loro professionalità, passione e preparazione. Fare il medico è sempre più difficile, e di fatto non è mai stato facile.

Il margine di errore, secondo i pazienti, dovrebbe essere nullo, mentre se fai tutto giusto hai fatto solo il tuo lavoro. Se crei empatia rischi di distruggerti emotivamente, se tratti i pazienti con distacco, non puoi essere un buon medico. È una professione difficile.

Ti insegnano a creare distanza dai problemi per essere oggettivo e professionale, ma la natura umana ti porterebbe a creare una relazione più emotivamente coinvolgente. Una cara amica oncologa passa i suoi giorni in ospedale con persone che lottano per vincere il cancro. Ovviamente non tutti riescono. Questo le porta dolore, un dolore che non può portarsi troppo

dentro o a casa dove la sua famiglia (con tre figli piccoli) la aspetta efficiente e sorridente.

Nella mia esperienza con un padre che sembrava dover morire e poi non moriva, ho visto degli “angeli caduti dal cielo” in camice bianco fare miracoli. Non solo in ambito medico quanto umano. Per alcuni, io e la mia famiglia di origine, abbiamo un enorme riconoscenza e rispetto.

Li ricordo con tanta emozione. Ricordo le belle parole, i sorrisi, la complicità sana e persino il loro affetto. Penso, e mio padre lo diceva spesso, che i miracoli che ho visto fare, siano stati possibili sia per la preparazione dei medici sia, e soprattutto, per la relazione che questi grandi professionisti sono riusciti a creare con il paziente, mio padre, e tutta la sua famiglia.

Mi rendo conto che essere un medico oggi più che mai richieda doti straordinarie. A queste doti, ora si chiede di aggiungere anche quelle comunicative. Sembra chiedere troppo.

Nello stesso tempo la logica ci dice che è impossibile slegare le due cose, medicina e relazione devono andare a braccetto. A differenza di un meccanico che aggiusta automobili i medici curano essere umani. Già nella notte dei tempi, questo aspetto è stato considerato fondamentale.

Da “esperti” di comunicazione, che non hanno mai fatto i medici, non possiamo valutare l’operato di chi ha a che fare con i pazienti tutti i giorni. Possiamo solo aiutarli offrendo le nostre competenze nella speranza di poter essere utili in un lavoro così difficile e così importante.

Nelle prossime pagine troverete strumenti preziosi, testati sul campo e presentati egregiamente da chi conosce la materia benissimo. Emanuela Mazza non è solo preparata, ha anche vissuto sulla sua pelle, e vive tutt’oggi, l’importanza del fattore umano in medicina.

Sappiamo tutti che una buona comunicazione medico-paziente sia necessaria. Sappiamo anche che i medici hanno sfide sempre più difficili, pazienti sempre più esigenti e sempre più materiale da studiare per rimanere al passo con i tempi. A tutto questo si aggiunge l'esigenza di essere dei buoni comunicatori.

Ecco perché questo è un ottimo libro. È un testo pratico e semplice ma profondo e completo. Tutti i medici che hanno messo in pratica gli strumenti qui presentati, e sono tantissimi, hanno avuto risultati straordinari.

Vi auguro e vi invito a trovare il tempo e la voglia di leggere queste pagine e soprattutto di metterle in pratica. Non solo diventerete medici ancora più bravi nei risultati professionali ma anche nelle soddisfazioni personali e umane.

Claudio Belotti
NLP Master Trainer

Introduzione

*Quello che facciamo è soltanto una goccia nell'oceano.
Ma se non ci fosse quella goccia all'oceano mancherebbe.*

MADRE TERESA DI CALCUTTA

Non sono un medico e non sono nemmeno una psicologa. Questo è il modo in cui comincio a presentarmi quando sono in aula con i medici e/o gli infermieri.

Sono una coach, una trainer di Programmazione Neuro-Linguistica (vedremo insieme cosa significa). E, soprattutto, sono e sono stata per un lungo periodo una paziente: nel 2003 sono stata ricoverata in un ospedale di Roma per quattro mesi, di cui uno tra rianimazione e terapia intensiva, per un'epatite fulminante da farmaco, e ho subito un trapianto di fegato.

Durante questa esperienza ho incontrato un medico, il prof. Antonio Gasbarrini, al quale devo molto, non soltanto perché in qualche modo mi ha salvato la vita, ma perché lo ha fatto prendendomi per mano e accompagnandomi nel viaggio più difficile della mia vita. Grazie a lui ho potuto vivere e comprendere sulla mia pelle quanto la qualità della relazione con i medici, gli infermieri e il personale sanitario può fare la differenza nel percorso clinico-terapeutico di un paziente, in quell'incertezza che ti porta a vivere giorno per giorno, in quell'altalena di alti e bassi, tra progressi grandi e passi microscopici. A volte

nei miei corsi, quando mi presento raccontando la mia storia personale, qualcuno mi chiede cosa abbia detto o fatto il prof. Gasbarrini e come. Io non so dare risposte precise, quello che so è che malgrado molto spesso quello che avesse da dirmi non erano buone notizie, riusciva comunque a farmi sentire rassicurata dal suo esserci.

Una volta guarita, e dopo quasi un anno di convalescenza, ho iniziato a cercare conferme autorevoli a quelle che fino ad allora erano soltanto delle riflessioni basate su un'esperienza personale. Il mondo della comunicazione, a dire la verità, non mi era estraneo: avevo lavorato tanti anni nel campo della pubblicità e del marketing, ma sentivo che qui si trattava di qualcosa che andava ben oltre a quello che io conoscevo già. Così, ho ricominciato a studiare.

Ho incontrato la Programmazione Neuro-Linguistica quasi per caso, sempre che esista il caso, insieme al mio primo maestro di PNL in Italia, Claudio Belotti, che ha avuto un ruolo davvero importante per la mia crescita, sia professionale che personale.

La prima volta che l'ho sentito parlare mi sono accorta che c'era qualcosa in questa disciplina che mi affascinava, e mi affascinava ancora di più l'idea di poter contribuire un giorno a far stare meglio le persone, pur in percorsi a volte complicati e di sofferenza.

Da quel giorno sono passati diversi anni durante i quali ho studiato qui in Italia, in Europa e negli Stati Uniti; sono diventata Trainer in PNL alla NLP University di Santa Cruz, in California, e ho appreso il modo in cui la comunicazione medico-paziente viene insegnata e imparata all'estero. Disciplina che, per inciso, rappresenta una materia obbligatoria fin dal primo anno di università di uno studente di medicina per tutta la carriera professionale di un medico nelle università statunitensi.

Le cosiddette *communication skills*, infatti, nel mondo anglosassone e americano sono considerate una delle sei competenze fondamentali nel percorso di formazione di un medico.

Ho sviluppato il mio primo progetto in questo ambito insieme a Claudio Belotti: si trattava di un progetto per il Centro Nazionale Trapianti, destinato ai medici delle rianimazioni italiane che parlano con i familiari dei pazienti.

Oggi insegno in diverse università e scuole italiane, tengo corsi ECM di formazione per medici, infermieri, professionisti della salute. Sono felice di fornire strumenti che possono migliorare la qualità della loro vita e del loro modo di lavorare e, contemporaneamente, migliorare la qualità della relazione con i loro pazienti, la soddisfazione e motivazione reciproca.

Forse non arriverò a incontrare tutti i medici e gli infermieri che ci sono in Italia, forse non a tutti piacerà questa materia, forse non tutti sentono questa esigenza. Sono questi i dubbi che mi pongo da quando ho iniziato a insegnare. Ma credo sinceramente che, se con la mia perseveranza (che alcuni definiscono testardaggine!), e con il mio essere un po' visionaria, riuscirò a dare un piccolo contributo per migliorare la qualità di vita e del percorso clinico-terapeutico anche di un solo paziente, allora avrò raggiunto il mio scopo. Forte di questa convinzione continuo a tenere lezioni e, ora, mi accingo a scrivere un libro, frutto della mia esperienza, degli studi che ho portato avanti in questi anni e, soprattutto, dell'esperienza in aula con i medici e gli infermieri che ho incontrato, dei casi clinici che ho trattato durante i corsi, delle storie dei pazienti conosciuti nei reparti e negli ambulatori, e della mia storia personale.

Con questo libro voglio intraprendere, insieme a te che lo stai leggendo, un viaggio attraverso i contenuti delle mie lezioni, attraverso tutto quello che ho insegnato in questi anni e che continuo a insegnare, attraverso ciò che ho imparato e voglio

continuare a imparare. Il tuo viaggio sarà diverso da quello di qualsiasi altro lettore proprio perché frutto della tua esperienza, della tua sensibilità, delle tue abilità, delle tue domande e delle tue risposte. Un viaggio durante il quale potrai prendere gli strumenti che ritieni utili e funzionali per te e lasciar andare il resto.

Di alcune cose che troverai nel libro potresti pensare che già le sai. E, in effetti, è così. Alle persone che partecipano ai miei corsi dico sempre che non racconterò niente di unico, inedito, e non lo farò nemmeno con te. Quelle che apprenderai sono conoscenze, strumenti, abilità che appartengono alla natura umana da sempre. Solo che a volte capita che qualcuno possa averle dimenticate, o che il poco utilizzo le abbia in qualche modo atrofizzate. Allora, facendoti conoscere alcuni strumenti per capire meglio te stesso e gli altri, alcune modalità che ha l'essere umano di percepire la comunicazione propria e altrui, cercherò di risvegliare abilità e risorse che tu possiedi già.

Come hai potuto notare ti sto dando del tu e ti darò del tu nelle pagine che seguiranno; è il mio modo per connettermi con te su un livello meno didattico e più esperienziale, come se fossi lì a parlarti dal vivo e poter fare questo viaggio insieme.

Sei pronto a fare il primo passo? Se la tua risposta è sì, sarà un onore per me essere il tuo Cicerone.

Buona lettura, e buon viaggio!

Anteprima

Perché questo libro

In parte ho già spiegato nell'introduzione lo scopo di questo libro. Aggiungerò poche cose.

Gandhi diceva di contribuire a costruire un mondo a cui le persone vogliono appartenere. Ecco! Questo libro nasce con l'intenzione di offrire un'opportunità, degli strumenti, delle tecniche che puoi imparare, con le quali puoi allenarti per migliorare la tua comunicazione con i pazienti e/o con i loro familiari, per renderla più efficace e poter essere più efficace tu nel guidarli verso un obiettivo comune: il loro stare meglio. Sì, proprio tu. Se vuoi puoi farlo!

A chi è rivolto questo libro

Il libro è rivolto a medici, infermieri, fisioterapisti, odontoiatri, professionisti della salute e a tutte le persone che, per professione o per altre ragioni, si trovano a contatto con i pazienti e con i loro familiari. A te, che hai il desiderio di aggiungere qualcosa al tuo bagaglio, alla tua crescita personale e professionale per stare meglio e per far stare meglio gli altri.

Troverai strumenti di Programmazione Neuro-Linguistica, studi e metodologie utilizzate nelle migliori università del mon-

do, esercizi, esperienze raccontate da pazienti e medici, casi che possano spiegare meglio alcune connessioni tra i comportamenti delle persone, la comunicazione e il funzionamento del nostro cervello.

Obiettivi

Con questo libro il mio obiettivo principale è renderti più consapevole delle tue risorse, darti strumenti per favorire una comunicazione efficace con te stesso e con gli altri in generale e, in particolare, con i tuoi pazienti, per guidarli verso il vostro obiettivo comune: la salute.

Desidero fornirti strumenti che possano portarti a:

- aumentare la tua precisione, la tua efficienza e la tua capacità di sostegno;
- migliorare la soddisfazione tua e dei tuoi pazienti;
- migliorare i risultati di salute dei tuoi pazienti;
- migliorare la relazione/alleanza terapeutica che instauri con i tuoi pazienti.

Leggendo questo libro imparerai a:

- individuare le strategie comunicative più appropriate alle diverse situazioni;
- approfondire e sperimentare modalità e tecniche comunicative differenziate in rapporto alle caratteristiche dei pazienti e/o familiari;
- comunicare più efficacemente all'interno del tuo gruppo di lavoro.

Attenzione alle tre parole pericolose!

Voglio subito metterti in guardia su una cosa prima di tutto: ci sono tre paroline, semplici eppure potenzialmente molto pericolose per te, che potresti dire o anche semplicemente pensare. Sai quali sono?

Già lo so!

Quando ho iniziato a frequentare corsi di formazione molti dei maestri che ho incontrato, magari in modi diversi, sostanzialmente partivano da un concetto analogo. “Già lo so!”, ero tentata di pensare.

Sai perché queste tre parole sono tanto pericolose? Perché ti potrebbero impedire di leggere questo libro con una mente aperta; potrebbero indurti a filtrare e giudicare quello che leggi prima di averlo sperimentato e prima di renderti conto di quanto può esserti utile per rendere la tua comunicazione più efficace.

Quindi, anche se potresti incontrare temi o strumenti che hai già letto o sentito altrove, anche se in alcuni casi potrebbe sembrarti di conoscere già alcune cose, fai come se fosse la prima volta che ne senti parlare. In seguito avrai tutto il tempo per filtrare!

1

La comunicazione in medicina: competenza fondamentale oppure no?

Non si può non comunicare.

Perché è importante la comunicazione medico-paziente?

A questa domanda hanno già risposto in tanti, molto prima di noi. Se nel V secolo a.C. Ippocrate sosteneva che “è più importante conoscere la persona che non la malattia”, nel XIX secolo il dottor Francis Peabody dell’Harvard Medical School, ancora affermava che

il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l’interesse per l’uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura. (Peabody, 1927)

Questa convinzione sopravvive tuttora:

La Comunicazione Medico-Paziente è parte integrante della pratica clinica. Se fatta bene, tale comunicazione produce un effetto terapeutico per il paziente, come è stato convalidato in studi controllati. Programmi di formazione convenzionali sono stati creati per migliorare e misurare specifiche capacità di comunicazione. Molti di questi sforzi,

tuttavia, si concentrano su scuole di medicina e primi anni post-laurea e, di conseguenza, rimangono isolati in ambienti accademici. Pertanto, la capacità di comunicazione del medico occupato spesso restano poco sviluppate, e la necessità per i medici di diventare migliori comunicatori continua. (Travallone et al., 2005)

Il professor Fabrizio Benedetti, docente all'Università di Torino, ci fa notare che

accanto agli effetti positivi del placebo si possono registrare anche effetti negativi (effetto nocebo). Questo può accadere quando la comunicazione è frettolosa e eccessivamente ambigua e carica di suggestioni negative che nel cervello del paziente si traducono in una sensazione di minaccia per la propria salute. (Benedetti, 2012)

Ma perché è davvero importante la comunicazione medico-paziente?

Esistono alcuni studi che tracciano il quadro attuale e generale del comportamento dei medici nei confronti dei pazienti. Si tratta di studi per lo più statunitensi, ma la cosa importante di questi dati sta nel trend. Pertanto ti chiedo di leggerli e di prenderli come un'indicazione importante di un andamento, consapevole che cambiando il Paese, la cultura, il contesto del campione, potrebbero essere leggermente diversi.

- Il 36% dei pazienti non ricorda le informazioni riguardanti la prognosi e la terapia (Ley, 1979).
- I medici sottostimano il desiderio di informazione dei pazienti nel 65% dei colloqui (Waitzkin, 1984).
- Il medico interrompe il resoconto del paziente dopo circa 22 secondi dall'inizio del racconto dei sintomi. Il 90% dei pazienti conclude spontaneamente il resoconto entro 92 se-

condi e tutti entro i 2 minuti. Nello spazio che intercorre tra i 22 e i 92 secondi viene menzionato il 75% dei sintomi. Cioè, più il paziente parla più gli vengono in mente informazioni (Langewitz et al., 2002).

Se ci concentriamo sul nostro paese, i dati rilevanti sono questi.

- Il 53% dei pazienti sente di non aver avuto l'opportunità di riferire allo specialista qualcosa di importante durante la visita. Il 72% dice che avrebbe voluto che il gastroenterologo facesse domande più mirate e approfondite (Ricerca IMPACT, 2010).
- Un paziente su quattro che soffre di una patologia autoimmune cronica come artrite reumatoide, spondilite anchilosante, malattia di Crohn, colite ulcerosa, psoriasi e artrite psoriasica non aderisce alle terapie prescritte, e decide autonomamente di sospendere il trattamento momentaneamente o in maniera definitiva nonostante la possibilità di andare incontro a un peggioramento delle condizioni di salute (Indagine Mosaico, 2015).
- Il 40% delle pazienti non è soddisfatto del rapporto con il ginecologo; di questo 40%, il 94% vorrebbe che il ginecologo parlasse in modo più semplice e chiaro, il 97% vorrebbe sentirsi più a suo agio, il 100% vorrebbe un rapporto meno anonimo (www.vediamocichiara.it/ginecologi-e-pazienti).

Le ragioni per cui la comunicazione medico-paziente è importante non finiscono qui. Ci sono ragioni centrate sull'essere umano e altre più legate a dinamiche economiche.

Dai dati ufficiali dell'ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici) emerge che il numero di denunce nell'ambito dei contenziosi medico-legali è salito da 9.567 nel 1994 a 29.543 nel 2007, con un ammontare dei premi assicurativi da

€ 35.406.000 del 1994 a 453.000.000 del 2007. E non è tutto! Due terzi di questi contenziosi nascevano da problemi di relazione o comunicazione.

I pazienti decidono di fare causa al medico che li ha curati non tanto per incompetenza o negligenza professionale, quanto per il modo in cui li ha trattati a livello interpersonale. (Levinson et al., 1997)

Cosa succede in Italia e nel resto del mondo

Comunicare abilmente con i pazienti è un aspetto fondamentale della pratica di un medico durante tutta la sua carriera. Negli ultimi trent'anni la comunicazione medico-paziente ha ricevuto una crescente attenzione nella formazione medica, soprattutto in alcune parti del mondo. Ogni scuola di medicina negli Stati Uniti, nel Regno Unito e in tanti Paesi europei prevede corsi obbligatori sulle abilità di comunicazione, e molti programmi di medicina interna, medicina di famiglia e pediatrica dedicano particolare attenzione a questa materia.

Prendiamo come modello il Regno Unito. Il General Medical Council, nel documento *Tomorrow's Doctors* del 2009, al punto 15 sottolinea l'importanza della comunicazione medico-paziente:

15. Comunicare efficacemente con i pazienti e i colleghi in un contesto medico.
 - a. Comunicare chiaramente, con sensibilità ed efficacia con i pazienti, i loro parenti o coloro che se ne prendono cura, e con i colleghi medici e di altre professioni, ascoltando, condividendo e rispondendo.
 - b. Comunicare chiaramente, con sensibilità ed efficacia con persone e gruppi indipendentemente dalla loro età, tessuto sociale, culturale o

etnico o dalle loro disabilità, anche quando l'inglese non è la prima lingua del paziente.

- c. Comunicare con metodi parlati, scritti ed elettronici, ed essere consapevoli degli altri metodi usati dai pazienti. Il diplomato dovrebbe apprezzare il significato della comunicazione non verbale nella consultazione medica.
- d. Comunicare in maniera appropriata in situazioni difficili, come dare brutte notizie, discutere argomenti sensibili come consumo di alcol, fumo o obesità.
- e. Comunicare in maniera appropriata con pazienti difficili o violenti.
- f. Comunicare in maniera appropriata con persone con malattie mentali.
- g. Comunicare in maniera appropriata con pazienti vulnerabili.
- h. Comunicare efficacemente nei vari ruoli, per esempio, come sostenitore del paziente, insegnante, manager e leader/guida del miglioramento.

L'Unione Europea purtroppo non si è espressa in maniera dettagliata, né vincolante, sul tema della comunicazione medico-paziente. Risale al 1975 la *Direttiva del Consiglio concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative per le attività di medico*, che prevede tra le competenze necessarie da acquisire nell'intero ciclo di formazione

adeguate conoscenze della struttura, delle funzioni e del comportamento degli esseri umani, in buona salute e malati, nonché dei rapporti tra l'ambiente fisico e sociale dell'uomo e il suo stato di salute.

E l'Italia? Se nelle dichiarazioni di alcuni ministri e in alcuni documenti riguardanti la formazione del personale medico possiamo rintracciare una certa enfasi sulla necessità di insegnare, migliorare e aggiornare le cosiddette *non technical skills*, come la capacità di comunicazione, il lavoro di gruppo e la

capacità di leadership, d'altra parte niente, o quasi niente, si muove a livello accademico.

Queste competenze sono considerate necessarie ma, nello stesso tempo, all'interno delle università, dei corsi ECM e nei diversi master il loro insegnamento è al massimo un evento spot di poche ore, dovuto allo spirito di iniziativa di docenti, presidi o rettori illuminati e non a una vera e propria programmazione didattica strutturata.

Un po' di storia: dal potere di ruolo al potere di relazione

Uno dei primi studiosi ad approfondire dal punto di vista teorico la relazione medico-paziente fu, nella prima metà del Novecento, il sociologo T. Parsons, all'interno di uno studio più allargato sui sistemi sociali nelle società occidentali. Il ricercatore statunitense descrisse la relazione medico-paziente come una

relazione del tutto asimmetrica dove il paziente implora aiuto a un medico le cui decisioni vengono accettate in silenzio. Il medico utilizza le sue competenze e abilità per scegliere i provvedimenti necessari e più appropriati per far tornare il paziente in buona salute e alleviare il dolore. Ogni informazione che viene data al paziente serve ad aiutare il paziente ad accettare le decisioni del medico. (Parsons, 1951)

La fine della Seconda guerra mondiale segnò sicuramente una svolta nella percezione del rapporto tra il medico e i suoi pazienti. Da una parte il progresso scientifico, e dall'altra l'emancipazione socio-culturale degli uomini e delle donne, hanno portato a rivedere profondamente il concetto di salute, che ha iniziato a essere descritto non più e non solo come assenza di malattia ma anche e soprattutto come stato di benes-

sere fisico, psichico e sociale. Il malato ha conquistato, piano piano, la possibilità di scegliere in merito alla sua salute e di partecipare attivamente al processo decisionale.

Vengono poste le basi del modello biopsicosociale dello psichiatra americano Engel, che tra gli anni Settanta e Ottanta iniziò a parlare di salute e malattia come prodotto dell'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Questo concetto è centrale nell'evoluzione della psicologia della salute.

Negli anni Cinquanta l'Health Belief Model (HBM), sviluppato per spiegare il motivo per cui alcuni programmi offerti dal Servizio Pubblico Statunitense, in particolare quello per la cura della tubercolosi, non funzionassero, mise in evidenza che il comportamento dei pazienti per quanto riguarda la salute e, quindi, in circostanze di malattia, era determinato dalle credenze/convinzioni personali o dalle percezioni della malattia e delle strategie disponibili per diminuirne la presenza.

L'Health Belief Model incluse quattro componenti fondamentali:

1. la suscettibilità percepita che si riferisce alla percezione del rischio;
2. la gravità percepita;
3. i vantaggi percepiti relativi alla consapevolezza dell'efficacia di determinate azioni;
4. gli ostacoli percepiti ovvero le eventuali conseguenze negative di determinate azioni.

Ognuna di queste percezioni potevano essere utilizzate, singolarmente o combinate fra loro, per spiegare i comportamenti dei pazienti nell'ambito della salute.

Più tardi, sotto l'influenza degli studi di Albert Bandura sull'auto-efficacia, furono aggiunti all'HBM altri fattori, considerati anch'essi determinanti: azione, motivazione e auto-efficacia.

Studi e ricerche di questa natura hanno messo decisamente in crisi il modello paternalistico e il potere di ruolo del medico così come era concepito.

Nel 1957 lo psicologo ungherese Michael Balint, nel suo libro *Medico, paziente e malattia* paragonò addirittura il medico a una droga, affermando che “il farmaco più usato in medicina è proprio il medico”, con i conseguenti effetti collaterali possibili, funzionali e non. Balint introdusse anche il concetto di “mutuo investimento”, consapevole che una buona relazione tra medico e paziente dà benefici nel tempo a entrambe le parti.

Nel 1961 Carl Rogers, pietra miliare della psicoterapia umanistica, parlò di alleanza terapeutica. Nel suo *On becoming a person*, Roger sottolineava come “l’empatia, la congruenza e la considerazione positiva incondizionata sono tutti elementi necessari e sufficienti per ottenere cambiamenti efficaci nei clienti”.

Negli ultimi decenni del Novecento gli apporti di studiosi e ricercatori da una parte, e l’interessamento più o meno deciso delle autorità dall’altra, hanno portato a definire un approccio sempre più centrato sul paziente, in cui il medico “cerca di entrare nel mondo del paziente per vedere la malattia con gli occhi del paziente” (McWhinney, 1989).

Si è passati così da un modello paternalistico in cui il “potere” era detenuto dal medico solo per il ruolo che aveva, a un modello etico contrattuale in cui il “potere” è direttamente proporzionale alla relazione che il medico riesce a costruire con il paziente.

Le tre dimensioni della malattia

Nel corso degli anni, gli studi di sociologia della salute e di antropologia medica insieme hanno costruito un concetto di salute e malattia multidimensionale.

Nel mondo anglosassone, secondo le ricerche e gli studi portati avanti principalmente all'interno della scuola medica di Harvard (Nordenfelt, 1994), la malattia viene scomposta in tre dimensioni e prospettive diverse che hanno, rispettivamente, diversi significati:

- *illness*, la malattia percepita dal paziente;
- *disease*, la patologia diagnosticata dal medico, comprensiva di tutti i dettagli tecnici;
- *sickness*, la dimensione del riconoscimento sociale della malattia con i vari diritti annessi e connessi nel momento in cui un individuo viene dichiarato malato.

Agli anni Settanta risale la nascita del modello della Narrative Based Medicine (NBM) sviluppato alla Harvard Medical School da B.J. Good, con il quale viene data ampia importanza alla narrazione della dimensione relativa alla percezione del paziente.

Nonostante i recenti progressi tecnologici della medicina nella diagnosi e nel trattamento delle malattie, i medici a volte non hanno la capacità di riconoscere le situazioni difficili dei loro pazienti, di estendere l'empatia nei confronti di coloro che soffrono, e di avvicinarsi con onestà e coraggio ai pazienti nelle loro malattie. Una medicina scientificamente competente da sola non può aiutare un paziente con la perdita della salute o a trovare un significato alla sofferenza. Insieme alla capacità scientifica, i medici devono essere in grado di ascoltare i racconti del paziente, affermare e onorare i loro significati, e essere mossi ad agire per conto del paziente. Questa è la competenza narrativa, cioè, la capacità di riconoscere, assorbire, interpretare e rispondere alle storie e alle situazioni difficili di altri. Essa permette al medico di praticare la medicina con empatia, riflessione, professionalità e affidabilità. La medicina narrativa fornisce i mezzi per capire le connessioni personali del medico con i pazienti, con se stesso, con i suoi colleghi, e con la società. (Charon, 2001)

La dimensione sociale della malattia con il concetto di *sickness* venne introdotta alla fine degli anni Ottanta da Allan Young, docente di antropologia alla McGill University di Montreal.

Il sociologo Costantino Cipolla ci parla di tre dimensioni:

- quella soggettiva del paziente, che corrisponderebbe al termine inglese *illness*;
- quella professionale del medico, corrispondente al termine inglese *disease*;
- quella oggettiva degli strumenti tecnici e degli esami diagnostici.

2

Capire e farsi capire

*Il significato di un messaggio è dato
dalla reazione che esso suscita.*

Cosa vuol dire per te comunicare?

Per cominciare ti chiedo di fermarti un secondo e rispondere a questa domanda: che cosa è per te la comunicazione? Che significato ha per te questa parola?

Probabilmente ti verranno in mente diversi significati. Se vuoi, scrivi qui sotto.

Ti sto chiedendo di fare un piccolo brainstorming, quindi evita di cercare la risposta giusta, ma butta giù tutto quello che ti viene in mente!

La comunicazione come relazione

La comunicazione è uno scambio interattivo fra due o più partecipanti, dotato di intenzionalità reciproca e di un certo livello di consapevolezza, in grado di far condividere un determinato significato sulla base di sistemi simbolici e convenzionali di significazione e di segnalazione secondo la cultura di riferimento. (Watzlawick, 1971)

È questa la definizione di comunicazione fornita da Paul Watzlawick, pioniere degli studi in materia.

Il termine “comunicazione” viene dal latino *cum*, “con”, e *munire*, “legare”, “costruire”. Il verbo latino *communicare* significa “mettere in comune, far partecipe”.

Comunicare vuol dire dunque mettere in comune con altri informazioni, idee, emozioni attraverso il linguaggio. La comunicazione è un’azione comune, uno scambio di feedback, un flusso.

Non ho parlato a caso di feedback. Il feedback è infatti uno dei concetti chiave del nostro viaggio. Più avanti vedremo l’importanza del dare e ricevere feedback per l’efficacia della tua comunicazione.

I tre ingredienti-base per una comunicazione efficace

Alla base di una comunicazione efficace ci sono tre ingredienti che il ricevente riceve/sente/percepisce dal mittente, e di cui non puoi proprio fare a meno:

- riconoscimento;
- comprensione;
- identificazione.

Il riconoscimento ha a che fare con il riconoscere la persona, vederla, guardarla, ascoltarla con interesse autentico. Nei miei corsi spesso faccio riferimento alla filosofia dell’Africa sub-sahariana chiamata *ubuntu*, per la quale il rito del saluto assume un significato straordinario e fondamentale: in lingua *bantu* l’espressione che equivale al nostro ciao è *sawu bona*, che significa “ti vedo”, a cui l’altra persona risponde *sikhona*, che significa “sono qui”. In qualche modo l’identità esiste nel momento in cui viene vista, riconosciuta. Una discreta differenza rispetto al nostro “Ciao, come stai? Bene, grazie tu?”. Non credi?

La comprensione è un altro ingrediente fondamentale perché non è importante solo che tu comprenda ma è altrettanto importante che tu dimostri al tuo interlocutore che lo stai comprendendo e che, di conseguenza, lui si senta compreso.

L’identificazione riguarda il far sentire all’altro che ti stai mettendo, anche se solo per un momento, nei suoi panni, proprio per essere in grado il più possibile di comprendere la sua percezione della realtà.

Comportamento = Comunicazione

Negli anni Sessanta un gruppo di studiosi della Scuola di Palo Alto, tra cui l’antropologo Gregory Bateson, lo psicologo e filosofo Paul Watzlawick e l’ipnoterapeuta Milton H. Erickson, definì la funzione pragmatica della comunicazione.

Facendo riferimento al concetto di retroazione sviluppato dalla teoria della cibernetica, questi ricercatori descrissero la comunicazione come un sistema all’interno del quale ogni persona influenza le altre con il proprio comportamento ed è influenzata dal comportamento altrui.

Se è vero che la comunicazione avviene sia attraverso il lin-

Bibliografia

- Ashby Ross W., *An Introduction to Cybernetics*, Chapman & Hall, Londra, 1956
- Back Anthony, Arnold Robert, Tulsky James, *Mastering Communication with Seriously ill Patients. Balancing Honesty with Empathy and Hope*, Cambridge University Press, New York, 2009
- Balint Michael, *Medico, paziente e malattia*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 1957
- Bandler Richard, Grinder John, *La struttura della magia*, Astrolabio, Roma, 1981
- Bandler Richard, Grinder John, DeLozier Judith, Dilts Robert, *Programmazione Neuro-Linguistica. Lo studio della struttura dell'esperienza soggettiva*, Astrolabio, Roma, 1982
- Bandler Richard, Grinder John, *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*, Astrolabio, Roma, 1984
- Bandura Albert, *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Centro Studi Erickson, Trento, 2000
- Benedetti Fabrizio, *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012
- Benedetti Fabrizio, *L'effetto placebo. Breve viaggio tra mente e corpo*, Carocci, Roma, 2012
- Benedetti Fabrizio, *Nonopioid placebo analgesia is mediated by CBI cannabinoid receptors*, in "Nature Medicine", Ottobre 2011
- Brown Jo, Noble Lorraine M., Papageorgiou Alexia, *Clinical Communication in Medicine*, Wiley-Blackwell, Oxford, 2016

- Buckman Robert, *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, Raffaello Cortina, Milano, 2003
- Charon Rita, *Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession and Trust*, in “Journal of the American Medical Association”, Ottobre 2001
- Cipolla Costantino, Giarelli Guido, Altieri Leonardo, *Valutare la qualità in sanità*, Franco Angeli, Roma, 2002
- Condon William S., Sander Lours W., *Synchrony Demonstrated between Movements of the Neonate and Adult Speech*, in “Child Development”, Giugno 1974
- De Santi Anna, Morosini Pier Luigi, Noviello Silvana, *La comunicazione con il paziente oncologico*, Centro Studi Erickson, Trento, 2009
- Desmond Joanne, Copeland Lanny R., *Communicating with Today's Patients*, Jossey-Bass, San Francisco, 2000
- Dilts Robert, DeLozier Judith, *Encyclopedia of Systemic Neuro-Linguistic Programming and NLP New Coding*, NLP University Press, Scotts Valley, 2000
- Dilts Robert, *I livelli di pensiero*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2003
- Dilts Robert, *Il manuale del Coach*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2004
- Dilts Robert, *Il potere delle parole e della PNL*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2004
- Dilts Robert, Epstein Todd, *PNL per lo Spirito*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2005
- Dilts Robert, *La PNL e le sue applicazioni*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2006
- Engel George L., *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*, in “Science”, Aprile 1977
- Glanz Karen, Rimer Barbara K., Lewis Frances Marcus, *Health Behavior and Health Education*, Jossey-Bass, San Francisco, 2002

- Goleman Daniel, *Intelligenza Emotiva*, Rizzoli, Milano, 1996
- Good Byron J., *Narrare la malattia, Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999
- Gordon David, *Metafore terapeutiche. Modelli e strategie per il cambiamento*, Astrolabio, Roma, 1992
- Hall Edward T., *Beyond Culture*, Doubleday, New York, 1976
- Hall Michael, *La PNL e la magia del linguaggio*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2006
- Knight Sue, *PNL al lavoro*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2009
- Korzybski Alfred, *Science and Sanity: An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics*, Institute of General Semantics, New York, 1995
- Langewitz Wolf, Denz Martin, Keller Anne, Kiss Alexander, Ruttimann Sigmund, Wossmer Brigitta, *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study*, in “British Medical Journal”, Settembre 2002
- Levinson Wendy, Roter Debra L., Mullooly John P., Dull Valerie P., Richard Frankel M., *Physician-Patient Communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*, in “Journal of the American Medical Association”, Febbraio 1997
- Ley Philip, *Memory for medical information*, in “British Journal of Social and Clinical Psychology”, Giugno 1979
- Lipowski Zbigniew J., *Physical illness, the individual and the coping processes*, in “Psychiatry in Medicine”, Aprile 1970
- Maltz Maxwell, *Psicocibernetica*, Astrolabio, Roma, 1965
- Mari Giuliano, *Cure and Care Coaching. La comunicazione che cura*, Centopagine/Palestra della Scrittura, Milano, 2016
- McCaskey Michael B., *The hidden messages managers send*, in “Harvard Business Review”, Novembre 1979
- McCullagh Marie, Wright Ros, *Good Practice. Communication*

- Skills in English for the Medical Practitioner*, Cambridge University Press, Cambridge, 2008
- McWhinney Ian R., *The need for a transformed clinical method*, in Stewart M, Roter D, *Communicating with medical patients*, Sage Publications, Londra, 1989
- Mehrabian Albert, *Nonverbal Communication*, Aldine Publishing, Chicago, 1972
- Mehrabian Albert, *Silent Messages*, Wadsworth, Belmont, 1971
- Miller George A., *The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: some Limits on our Capacity to Process Information*, in “Psychological Review”, Marzo 1956
- Nordenfelt Lennart, *On the Disease, Illness and Sickness Distinction: A Commentary on Andrew Twaddle’s System of Concepts*, in “Studies on Health and Society”, n. 18, 1994
- Parrott Teresa, Crook Graham, *Effective Communication Skills for Doctors*, BPP Learning Media, Londra, 2011
- Parsons Talcott, *The social system*, Free Press, New York, 1951
- Peabody Francis, *The care of the patient*, in “Journal of the American Medical Association”, Marzo 1927
- Ptacek John T., Eberhardt Thomas L., *Breaking bad news. A review of the literature*, in “Journal of the American Medical Association”, Agosto 1996
- Richardson Jerry, *Introduzione alla PNL*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2002
- Robbins Anthony, *Come ottenere il meglio da sé e dagli altri*, Bompiani, Milano, 2000
- Robbins Anthony, *Come migliorare il proprio stato mentale, fisico e finanziario*, Bompiani, Milano, 2000
- Roberti Alessio, Belotti Claudio, Caterino Luigi, *Comunicazione medico-paziente*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2006
- Rogers Carl, *Barriers and gateways to communication*, in “Harvard Business Review”, Agosto 1952

- Rogers Carl, *On becoming a person. A therapist view's of psychotherapy*, Mariner Books, Wilmington, 1961
- Rogers Carl, Farson Richard, *Active Listening*, in Kolb David, Rubin Irwin, MacIntyre James, *Organizational Psychology*, Prentice Hall, New Jersey, 1979
- Rosen Dennis, *Vital Conversations. Improving communication between doctors and patients*, Columbia University Press, New York, 1967
- Ross Donald J., Guggenheim Frederick G., *Compliance and the health belief model: a challenge for the liaison psychiatrist*, in “General Hospital Psychiatry”, Aprile 1983
- Seligman Martin, *Imparare l'ottimismo*, Giunti, Firenze, 2005
- Silverman Jonathan, Kurtz Suzanne, Draper Juliet, *Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Publishing, Oxford, 2005
- Silverman Jonathan, Kurtz Suzanne, Draper Juliet, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Radcliffe Publishing, Oxford, 2005
- Thomson Garner, Khan Khalid, *PNL per i Medici. L'arte e la scienza del linguaggio per la guarigione*, Alessio Roberti Editore, Bergamo, 2009
- Travalive John M., Ruchinskas Robert, D'Alonzo Gilbert E., *Patient-Physician Communication: Why and How*, in “Journal of the American Osteopathic Association”, Gennaio 2005
- Waitzkin Howard, *Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research*, in “Journal of the American Medical Association”, Novembre 1984
- Washer Peter, *Clinical Communication Skills*, Oxford University Press, Oxford, 2009
- Watzlawick Paul, Beavin Janet H., Jackson Don D., *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971

Dal 2005 Edizioni Enea collabora insieme a Scuola SIMO con un obiettivo preciso: fornire contenuti di qualità per promuovere la salute di corpo, mente e spirito.

Pubblichiamo libri destinati a naturopati e operatori della salute, ma anche a semplici appassionati e curiosi.

Ci occupiamo di scienza ma anche di spiritualità, integrando i più grandi insegnamenti di Oriente e Occidente.

Guardiamo alle grandi tradizioni mediche del passato e ci apriamo alle più innovative proposte nel campo della medicina olistica.

www.edizionienea.it

www.scuolasimo.it

Emanuela Mazza, mamma di quattro figli, coach professionista certificata SUN e trainer in Programmazione Neuro-Linguistica. È docente in Comunicazione Medico-Paziente all'Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, al Corso Internazionale Medicine and Surgery e alla Scuola di Osteopatia CERDO di Roma.

Insegna come comunicare efficacemente con i pazienti e con i familiari dei pazienti in corsi ECM per Medici, Infermieri e Professionisti nell'ambito sanitario. È membro della EACH – European Association for Communication in Healthcare.

Ha scritto il libro autobiografico *Quando ti svegli. Storia di un trapianto di fegato* (Armando Editore).

In copertina: © Rudchenko Liliia / shutterstock
Art Direction: Camille Barrios / ushadesign

€ 26,50

I medici si trovano ad affrontare sfide sempre più difficili,
pazienti sempre più esigenti e sempre più materiale
da studiare per rimanere al passo con i tempi.
A tutto questo si aggiunge la necessità di essere
dei buoni comunicatori.

Gli obiettivi principali di questo libro sono renderti
più consapevole delle tue risorse, darti strumenti concreti
per favorire una comunicazione efficace,
imparare a costruire un solido rapporto di fiducia
e collaborazione con il paziente, per guidarlo
verso il vostro scopo comune: la salute.

In questo libro troverai strumenti preziosi testati
sul campo e presentati in modo pratico, agile e coinvolgente
da Emanuela Mazza, esperta di comunicazione
e paziente che ha vissuto sulla propria pelle l'importanza
del fattore umano in medicina.

ISBN 978-88-6773-047-6



9 788867 730476 >