

LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE-MEDICO

13 – 15 luglio 2018
Centro LEM
Frazione Corgnolero 5, 10070 Viù (TO)

Dott. ssa Silvia Minetti

TEMA DEL SEMINARIO

Il dato scientifico conferma che la modificazione di stili di vita che riducano o prevengano la sindrome metabolica caratterizzata da obesità viscerale porta a dimezzare il rischio. Come può il medico comunicare ai pazienti contenuti e strategie di cambiamento efficaci, tali da generare incremento dell'autostima, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione (empowerment) per la cura di sé? Ovvero: co-costruzione di un cambiamento che dura e che cura.

PROGRAMMA

venerdì 13 luglio 2018

14,30 - 15,30

La modificazione degli stili di vita

15,30 - 17,30

Gli stadi del cambiamento

17,30 - 17,45

pausa

17,45 – 19,00

La relazione comunicativa

19,00 - 19,30

Sintesi dei lavori della giornata

PROGRAMMA

sabato 14 luglio 2018

15,00 – 16,00

La comunicazione diseguale

16,00 - 17,30

La comunicazione difficile

17,30 - 17,45

pausa

ore 17,45 – 19,00

La comunicazione transculturale

19,00 - 19,30

Sintesi dei lavori della giornata

PROGRAMMA

domenica 15 luglio 2018

15,00 - 16,30

Un cambiamento che dura e che cura

16,30 -16,45

pausa

16,45 – 18,00

Conclusioni e somministrazione del questionario

“La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e in quello dello star male. Preferiremmo tutti servirci soltanto del passaporto buono, ma prima o poi ognuno viene costretto, almeno per un certo periodo, a riconoscersi cittadino di quell’altro paese”

(Susan SONTAG, *La malattia come metafora*)

LA MALATTIA - 1

- Condizione abnorme e insolita di un organismo vivente, caratterizzata da disturbi funzionali, da alterazioni o lesioni, osservabili o presumibili, locali o generali [...]

(Dizionario TRECCANI)

- Anormale condizione dell'organismo causata da alterazioni organiche o funzionali [...]

(Dizionario DEVOTO OLI)

LA MALATTIA - 2

- **DISEASE** malattia intesa in senso clinico, quella conosciuta dalla scienza medica
- **ILLNESS** percezione che il paziente stesso ha del proprio star male, include gli effetti e le conseguenze che esso ha o avrà, secondo lui, sulla propria esistenza e sui propri sistemi di riferimento (familiare, lavorativo, sociale, ecc.)

COMPLIANCE

Acquiescenza, arrendevolezza, sottomissione;
aderenza a una terapia.

Il paziente collabora, si adatta, obbedisce alle
prescrizioni del medico.

(Giorgio BERT, Ma perché non fa quello che le ho detto?)

ADHERENCE

Adesione.

Termine che definisce la relazione medico-paziente in termini più cooperativi, sottolinea il ruolo del paziente come attore decisionale nella relazione stessa, definisce l'area entro cui le azioni e i comportamenti del paziente aderiscono alle indicazioni e alle prescrizioni del medico tese a prevenire, monitorare, migliorare una patologia.

(Giorgio BERT, Ma perché non fa quello che le ho detto?)

NONCOMPLIANCE

Mancata adesione al trattamento medico;
inadempienza; non rispetto delle prescrizioni
ricevute.

(Giorgio BERT, Ma perché non fa quello che le ho detto?)

PERCENTUALI DI NON COMPLIANCE PIU' FREQUENTI

(CHRISTENSEN A. J., *Patient Adherence to Medical Treatment Regimes*, 2004)

TIPO DI PRESCRIZIONE	PERCENTUALE DI NON COMPLIANCE
Trattamenti acuti	20%-40%
Trattamenti cronici	30%-60%
Interventi preventivi, cambiamenti di stili di vita	50%-80%

LE BASI DELLA NON COMPLIANCE

Convinzioni del paziente
Euristiche o “scorciatoie mentali”
Pregiudizi
Aspettative
Informazioni
Barriere economiche
Tempo disponibile
Stigma sociale
Importanza percepita
Paure
Priorità
Convinzioni “irrazionali”
Reattanza psicologica

(Giorgio BERT, *Ma perché non fa quello che le ho detto?*)

LA REATTANZA PSICOLOGICA - 1

La teoria della reattanza psicologica (Jack BREHM, 1966; BREHM e BREHM 1981; MIRON e BREHM, 2005) parte dalla constatazione che ogni individuo dispone di un certo numero di comportamenti liberi o di libertà, che sa di poter controllare ed esercitare in ogni momento, anche nel futuro. L'eliminazione, o anche solo la minaccia di eliminazione di qualcuna di queste libertà suscita nella persona uno stato motivazionale definito appunto reattanza psicologica.

(Giorgio BERT, Ma perché non fa quello che le ho detto?)

LA REATTANZA PSICOLOGICA - 2

La reattanza psicologica tende a ripristinare o a difendere la libertà eliminata o minacciata.

Se il comportamento libero in questione era in precedenza percepito più o meno alla pari rispetto ad altre libertà, nel momento in cui viene eliminato è avvertito come un comportamento prioritario, fondamentale, insostituibile.

(Giorgio BERT, *Ma perché non fa quello che le ho detto?*)

LA REATTANZA PSICOLOGICA- 3

La reattanza psicologica non è dovuta a puro spirito di contraddizione o a programmatico rifiuto, ma è un fenomeno motivazionale specifico, che ha basi psicologiche e neurali ben definite.

La reattanza psicologica è una risposta spontanea suscitata nel soggetto dalla percezione di perdere il controllo nei confronti di cose che considera acquisite e garantite. Un altro modo di definire la reattanza psicologica è: perdita delle aspettative di controllo.

(Giorgio BERT, Ma perché non fa quello che le ho detto?)

STADI DEL CAMBIAMENTO

1. **PRECONTEMPLAZIONE** : non si pensa di cambiare
2. **CONTEMPLAZIONE** : si pensa di cambiare
3. **DETERMINAZIONE** : ci si prepara a cambiare
4. **AZIONE** : si cambia
5. **MANTENIMENTO** : si mantiene il cambiamento
6. **RICADUTA**

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

1. PRECONTEMPLAZIONE

Il paziente non ha (ancora) contemplato la possibilità di avere un problema.

L'operatore può in questa fase insinuare il dubbio, fornire informazioni e individuare vantaggi e svantaggi dell'attuale comportamento.

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

2. CONTEMPLAZIONE

Il paziente riflette sul problema senza impegnarsi ancora nel cambiamento.

L'operatore può in questa fase mostrare le direzioni dell' "ago della bilancia", aiutando il paziente a riconoscere gli aspetti disfunzionali, i vantaggi e gli svantaggi di un comportamento, migliorando la sua autostima e autoefficacia.

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

3. DETERMINAZIONE

Il paziente ha intenzione di cambiare, ma non sa come.

L'operatore ha il compito di delineare con il paziente le strategie del cambiamento e di aiutarlo a misurare le sue forze prima di entrare in azione.

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

4. AZIONE

Il paziente modifica il comportamento per superare il problema.

L'operatore aiuta il paziente a mettere in atto le strategie individuate.

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

5. MANTENIMENTO

Il paziente cerca di rendere stabile il cambiamento prevenendo la ricaduta.

L'operatore identifica le strategie per prevenire la ricaduta e aumenta l'assertività del paziente.

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

6. RICADUTA

Il paziente può viverla come un fallimento.

L'operatore lo aiuta innanzitutto a comprendere che è un fatto normale e non un fallimento. Successivamente deve cercare di riavviare il processo di contemplazione.

(DI CLEMENTE, PROCHASKA, 1992)

ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA DISPONIBILITA' AL CAMBIAMENTO

IMPORTANZA →

“Perché dovrei cambiare?”

(Valore personale e aspettative rispetto all'importanza del cambiamento)

FIDUCIA→

“Come farò?”

(Autoefficacia)

→DISPONIBILITA'

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di counseling motivazionale breve*)

IMPORTANZA, FIDUCIA, DISPONIBILITA'

IMPORTANZA Perché?	FIDUCIA Come? Che cosa?	DISPONIBILITA' Quando?
<i>Ne vale la pena? Perché dovrei? Che beneficio ne avrò? A quale costo? Lo voglio veramente? Poi sarà diverso?</i>	<i>Sono in grado? Come ci riuscirò? Come me la caverò con X, Y e Z? Cosa farò se ...? Quale cambiamento?</i>	<i>Devo farlo adesso? E le altre priorità?</i>

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

DOMANDE UTILI PER VALUTARE L'IMPORTANZA

- *Che cosa dovrebbe accadere perché per Lei cambiare diventasse molto più importante?*
- *Che cosa dovrebbe accadere prima che Lei prendesse seriamente in considerazione il cambiamento?*
- *Perché ha attribuito un punteggio così alto all'importanza del cambiamento?*
- *Che cosa è necessario che accada perché il punteggio che Lei attribuisce all'importanza salga da X a Y?*
- *Che cosa le impedisce di spostarsi dal punteggio X al punteggio Y?*
- *Quali sono gli aspetti positivi dell'attuale comportamento? Quali sono invece alcuni aspetti negativi?*
- *Cosa Le piace dell'attuale comportamento e cosa non Le piace?*
- *Cosa La preoccupa dell'attuale comportamento?*
- *Se Lei dovesse cambiare, come potrebbe accadere?*
- *Che gliene pare?* [quando si vuole chiedere in modo neutrale cosa la persona prova riguardo al cambiamento]

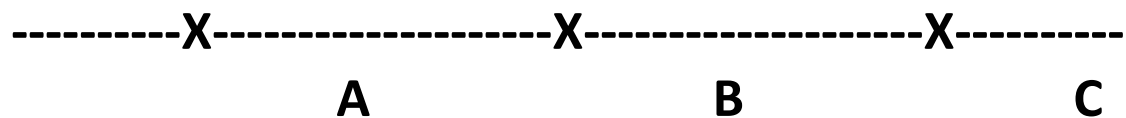
(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

DOMANDE UTILI PER COSTRUIRE LA FIDUCIA

- *Che cosa la renderebbe più fiducioso di riuscire a fare questi cambiamenti?*
- *Perché si è attribuito un punteggio così basso per quanto riguarda la fiducia di riuscirci?*
- *Come potrebbe aumentarla in modo che il punteggio si sposti da X a Y?*
- *Come posso aiutarLa?*
- *C'è qualcosa che Lei ha trovato utile in qualcuno dei suoi tentativi precedenti di cambiare?*
- *Che cosa ha imparato dagli errori fatti l'ultima volta che ha provato?*
- *Se Lei dovesse decidere di cambiare, quali potrebbero essere le Sue scelte?*
- *Conosce dei modi che hanno funzionato con altri pazienti?*
- *Quali sono alcune delle cose pratiche delle quali Lei avrebbe bisogno per raggiungere questo obiettivo?*
- *Qualcuna di queste cose Le sembra raggiungibile?*
- *Riesce a pensare a qualcosa che potrebbe aiutarLa a sentirsi fiducioso?*

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

DISPONIBILITA' AL CAMBIAMENTO



A – non pronto

B – incerto

C - pronto

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

LA BILANCIA DECISIONALE

NON CAMBIARE	CAMBIARE
Costi: -----	Costi: -----
Benefici: -----	Benefici: -----

Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

DOMANDE UTILI PER SCAMBIARE INFORMAZIONI

- *Le piacerebbe sapere di più a proposito di ...?*
- *Quanto conosce già di questo argomento?*
- *Il risultato del test è ... Lei come lo interpreta?*
- *Ad alcune persone capita che ... e a Lei che cosa succede?*
- *Come vede la connessione tra X e Y?*
- *Ora che Le ho dato queste informazioni, come si applicano al Suo caso?*
- *Mi potrebbe descrivere una sua **giornata tipo** e, in particolare, dove si inserisce il comportamento di cui stiamo parlando? Allora, lunedì si è svegliato, come si sentiva? E poi, che cosa ha fatto? Sta andando un po' troppo velocemente, posso chiederLe di tornare indietro a quando è uscito di casa, lunedì mattina? Che cosa è accaduto in seguito, e come si sentiva?*

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

RICONOSCERE I PROPRI PRECONCETTI: PRECONCETTI ABITUALI

- Questa persona deve cambiare
- Questa persona vuole cambiare
- La salute del paziente è il più importante fattore motivante
- Se la persona non decide di cambiare, la consultazione è stata un insuccesso
- I pazienti o sono motivati a cambiare o non lo sono
- Questo è il momento giusto per prendere in considerazione il cambiamento
- L'approccio duro è sempre il migliore
- Io sono l'esperto, il paziente deve seguire i miei consigli
- Un approccio basato sulla negoziazione è sempre il migliore

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

I MODI BARRIERA

- **Ingiungere, predicare** (*“Bisogna che ...”, “Dovete ...”, “Dovreste ...”*)
- **Minacciare, ammonire, profetizzare eventi negativi** (*“Altrimenti succederà che ...”*)
- **Fare appello alla ragionevolezza** (*“Dovreste capire che ...”, “Sappiate che ...”*)
- **Sostituirsi** (*“Provate a fare ...”, “Perché non fate ...”*)
- **Esprimere esplicitamente o implicitamente giudizi** (*“Non è bene ...”, “Non bisogna essere egoisti ...”, “Questo è un comportamento inaccettabile ...”*)
- **Interpretare** (*“Voi siete ...”, “Voi fate così perché ...”*)
- **Investigare** (*“Siete proprio sicuri che ...”, “Ma non avevate detto invece che ...”*)
- **Argomentare** (*“Tutti i pazienti dicono così all’inizio, ma poi ...”*)
- **Minimizzare** (*“Insomma, ma che ci vuole a ...”*)

(Giorgio BERT, *Ma perché non fa quello che le ho detto?*)

PER FACILITARE IL DIALOGO

INVECE DI:	PROVARE A:
Aggiungere o ripetere informazioni	Chiedere al paziente quali informazioni ha già raccolto o ricevuto
Aggiungere consigli, indicazioni di comportamento, rimproveri	Chiedere al paziente che cosa ha già provato a fare
Sottolineare o criticare i comportamenti che non condividiamo	Valorizzare qualsiasi aspetto positivo, anche minimo, nelle scelte e nei comportamenti del paziente
Minimizzare o sottovalutare le difficoltà	Chiedere al paziente che cosa trova più difficile fare, cosa ostacola i suoi tentativi, cosa teme

(Giorgio BERT, *Ma perché non fa quello che le ho detto?*)

COME FATE A SAPERE QUANDO STATE PROCEDENDO BENE?

Alcuni dei segnali chiave sono:

- State parlando lentamente
- Il paziente parla molto più di voi
- Il paziente parla attivamente del cambiamento di comportamenti
- Ascoltate molto attentamente e dirigete, in modo gentile, la consultazione al momento giusto
- Sembra che il paziente “lavori sodo”, divenendo consapevole, per la prima volta, di alcuni aspetti
- Il paziente richiede in modo attivo informazioni e consigli
- Vi sembra di sorreggere una tela, che il paziente dipinge in zone scelte ora da voi, ora da lui stesso

(Stephen ROLLNICK, Pip MASON, Chris BUTLER, *Cambiare stili di vita non salutari*)

LA COMUNICAZIONE DISEGUALE - 1

Si trova soprattutto in certi ambienti: l'ospedale, la scuola, il tribunale, la caserma, ecc. I linguisti la chiamano comunicazione **diseguale** perché in quegli ambienti le persone non hanno lo stesso potere, e tutto ciò che accade ne risente, quello che viene detto e quello che viene fatto

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione disequale*)

LA COMUNICAZIONE DISEGUALE - 2

Nella comunicazione diseguale uno degli attori è un attore comunicativo passivo, debole, soggetto a pressione psicologica.

Il comportamento dell'attore comunicativo più debole è fortemente influenzato dall'impotenza che percepisce.

Quando la comunicazione con l'esterno risulta difficile o impossibile ci si richiude in se stessi.

In un ambiente come l'ospedale essere un attore comunicativo poco visibile e poco interattivo accentua il rischio di rimozione dal contesto comunicativo.

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione diseguale*)

SPAZIO, TEMPO, LINGUA

Nella comunicazione diseguale si riscontra in particolare uno sbilanciamento del possesso dello SPAZIO, del TEMPO e della LINGUA.

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione diseguale*)

LA PROSSEMICA

Ciascuno di noi ha attorno a sé uno spazio privato, personale, che permettiamo di invadere solo in determinate circostanze e a determinate persone. La prossemica si occupa di questi aspetti della comunicazione, in particolare della distanza fra gli interlocutori.

In ospedale gli aspetti prossemici della comunicazione sono fondamentali, perché una buona gestione degli aspetti personali da parte degli operatori può attenuare il senso di espropriazione che provano i malati.

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione diseguale*)

L'INFORMAZIONE

In particolari ambienti l'informazione è indispensabile, non può essere affidata all'iniziativa di singoli operatori ma va progettata, programmata e verificata in sedi e momenti specifici.

L'informazione, in ospedale, va affrontata con la stessa precisione con cui si predispone una terapia. Deve essere progettata, programmata, proposta, verificata.

L'informazione sorregge la degenza dei pazienti e dei loro parenti e ne determina la qualità.

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione diseguale*)

LA COMPRESIONE

Non dipende unicamente dalla trasparenza dell'oggetto linguistico, se pure questa è fondamentale, dipende da innumerevoli altri elementi che in determinate situazioni o ambienti possono incidere profondamente.

I meccanismi di comprensione poggiano su continua, ininterrotte verifiche della realizzazione di una vasta gamma di aspettative.

In situazioni di particolare sofferenza emotiva e fisica è possibile perdere la capacità di cogliere l'intera gamma semantica di un oggetto comunicativo.

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione diseguale*)

RIEQUILIBRARE LA COMUNICAZIONE DISEGUALE

La comunicazione diseguale può essere riequilibrata con l'intervento di un regista esterno.

Non basta la corretta deontologia del singolo a riportare equilibrio dove non c'è. Deve appartenere all'intero sistema. E deve esserci qualcuno che controlla e che sancisce.

(Lucia FONTANELLA, *La comunicazione diseguale*)

LA COMUNICAZIONE CON PAZIENTI DI ALTRE CULTURE

Alcune parole chiave, o meglio, parole *guida*.

ACCOGLIENZA
ALTERITA'
CORRESPONSABILITA'
CURIOSITA'
DISPONIBILITA'
INCONTRO
INTERDIPENDENZA
RELAZIONE
UMANITA'

Quali sono le vostre?

CULTURE O PERSONE?

“Incontro fra culture” è un’espressione di uso comune.

Ma non sono le culture a incontrarsi nella realtà, semmai si incontrano persone provenienti da mondi culturali differenti.

Dunque, gli incontri interculturali sono, in primo luogo, incontri di persone.

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

IL DIALOGO TRANSCULTURALE IN AMBITO MEDICO

E' la comunicazione medico-paziente-medico con pazienti di altre culture.

Solitamente si pensa che in una relazione interculturale il rischio di non-compliance possa essere maggiore.

Occorre porre attenzione ai possibili livelli di incomprensione medico-paziente e alle reciproche aspettative, nella misura in cui possono esercitare una qualche influenza sulla relazione terapeutica.

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

LA DIFFERENZA CULTURALE

A) Sopravvalutare la differenza culturale

B) Sottovalutare la differenza culturale

C) Trovare un punto di equilibrio tra A e B

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

I FENOMENI MIGRATORI

Un primo passo, fondamentale, per entrare in relazione con persone straniere è acquisire qualche conoscenza in più sulle dinamiche migratorie, sulle caratteristiche culturali di coloro che migrano nel nostro paese, sui loro pesi di provenienza. Questo può aiutare a evitare equivoci che potrebbero danneggiare già in partenza la qualità della comunicazione e della relazione.

Nei fenomeni migratori agiscono due ordini di fattori:

FATTORI DI ESPULSIONE

FATTORI DI ATTRAZIONE

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

FATTORI DI ESPULSIONE

- Guerre, disordini sociali, repressioni interne
- Povertà
- Urbanizzazione massiccia
- Catastrofi ambientali
- Aspettative culturali frustrate

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

FATTORI DI ATTRAZIONE

- Aspettative culturali
- Richiesta di manodopera, possibilità lavorative ed economiche
- Ricongiungimenti familiari

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

LIVELLI DI INCOMPRESIONE NELLA COMUNICAZIONE TRANSCULTURALE MEDICO- PAZIENTE

- Livello prelinguistico
- Livello linguistico
- Livello metalinguistico
- Livello culturale
- Livello metaculturale

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

FASI DELLA COMUNICAZIONE TRANSCULTURALE

- 1. FASE DELL'ESOTISMO**
- 2. FASE DELLO SCETTICISMO**
- 3. FASE DEL CRITICISMO**

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

1. FASE DELL'ESOTISMO

Le aspettative dei medici e dei pazienti si basano in questa fase in buona parte su un atteggiamento “esotico” nei confronti dell'interlocutore (fascino, timore o un misto di entrambi).

Il pregiudizio “esotico” può essere sia positivo che negativo.

In questa fase si corre il rischio di non vedere l'altro nella sua realtà, ma attraverso una sorta di filtro che ci consente di cogliere solo quanto ci aspettiamo di trovare.

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

2. FASE DELLO SCETTICISMO

Nasce dalla delusione per la mancata soddisfazione delle aspettative, si associa frequentemente all'emergere di sentimenti spiacevoli verso l'interlocutore e può arrivare a causare l'interruzione della comunicazione o la rottura della relazione.

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

3. FASE DEL CRITICISMO

Il medico deve superare i pregiudizi, porre attenzione a quella specifica relazione medico-paziente. Il paziente deve accettare i limiti del medico e della medicina e comprendere cosa è realisticamente possibile ottenere e cosa no.

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

STRESS DA TRANSCULTURAZIONE

- La lingua
- Il corpo
- Lo status sociale
- La crisi etica

- Identità e disidentità

(Marco MAZZETTI, Il dialogo transculturale)

RIFORMULAZIONE DELL'IDENTITÀ'

PERCORSI PARALLELI: IL MEDICO E IL PAZIENTE

incontro	MEDICO	PAZIENTE
	Crisi dell'identità professionale	Crisi dell'identità personale
I fase: arroccamento	<i>"Cosa vuole questo? Le cose sono come le conosco io!"</i>	<i>"Non diventerò mai come loro, li userò soltanto fin che mi servono"</i>
II fase: iperadattamento	<i>"Se voglio essere efficace devo adattarmi del tutto a lui"</i>	<i>"Se voglio farcela qui devo diventare proprio come loro"</i>
III fase: riformulazione e moltiplicazione della propria identità	<i>"Quali possono essere i miei nuovi modi di essere professionista con gli stranieri?"</i>	<i>"Quali possono essere i miei nuovi modi di essere, qui?"</i>
	Utilizzo di una gamma più ampia di informazioni	Utilizzo di una gamma più ampia di informazioni
	Crescita dell'identità	Crescita dell'identità

(Marco MAZZETTI, *Il dialogo transculturale*)

LA MEDICINA TRANSCULTURALE - 1

La relazione terapeutica in un contesto interculturale non richiede un semplice aggiornamento delle conoscenze, ma implica una trasformazione del proprio modo di concepire e vivere la medicina.

(Salvatore GERACI, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)

LA MEDICINA TRANSCULTURALE - 2

Non ha a che fare con un paziente “straniero” pietrificato nella sua diversità, e neppure con un paziente “omologato”, da trattare come un paziente isoculturale.

(Salvatore GERACI, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)

LA MEDICINA TRANSCULTURALE - 3

E' una medicina "in cammino", come le persone di cui si occupa.

E' una medicina in cui talvolta i medici si sentono "in mezzo a un guado", come i loro pazienti, ma sono disposti a mettersi in gioco, a interrogarsi e a interrogare il proprio sapere.

E' una medicina di domande, prima ancora che di risposte.

(Salvatore GERACI, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)

“Una risposta è un tratto di strada che ti sei lasciato alle spalle.

Solo una domanda può puntare oltre.”

(Jostein GAARDER)

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

BERT Giorgio, *Ma perché non fa quello che le ho detto? Pazienti irragionevoli, noncompliance, reattanza psicologica*, Change, Torino, 2007

BERT Giorgio, QUADRINO Silvana, *Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2006

CANDITO Mimmo, *55 vasche. La guerra, il cancro e quella forza dentro*, Rizzoli, Milano, 2016

CAPPELLETTO Francesca, *Osservazioni sul rapporto medico-paziente*, in: *Vivere l'etnografia*, Seid Editori, Firenze 2009

FONTANELLA Lucia, *La comunicazione diseguale. Ricordi di ospedale e riflessioni linguistiche*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2011

GOOD Byron J., *Narrare la malattia. Uno sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino, 2006

MARCOLONGO Renzo e altri, *Curare "con" il malato*, Change, Torino, 2006

MAZZETTI Marco, *Il dialogo transculturale*, Carocci, Roma, 2003

MUKHERJEE Siddhartha, *L'imperatore del male. Una biografia del cancro*, Mondadori, Milano, 2016

QUADRINO Silvana, *Ascolti, dottore... Una guida per comunicare meglio con il vostro medico*, Change, Torino, 2015

SONTAG Susan, *Malattia come metafora*, Einaudi, Torino, 1992