



www.associazionemediciendocrinologi.it



ITALIAN CHAPTER

16° Congresso Nazionale AME

Joint Meeting with AAACE Italian Chapter

Update in Endocrinologia Clinica

9-12 novembre 2017

Roma



Quando è il medico ad essere
in difficoltà. La comunicazione
al paziente “difficile”

C. Pupilli

Comunicazione in ambito sanitario

1. **Comunicazione non verbale** (es. posizione del corpo, espressione del volto, sguardo, gestualità)
2. **Ascolto attivo**: tecniche di comunicazione incentrate sul paziente. Il messaggio viene ascoltato dal sanitario, che ne interpreta il significato e restituisce la propria percezione al paziente
3. **Empatia**: capacità di immedesimarsi e comprendere esperienze dell'altro come fossero le proprie

✓ **empatia emotiva**: comprendere lo stato emotivo del paziente

✓ **empatia di ruolo**: la capacità di comprendere lo **stato**, la **condizione** e i **punti di vista** di un'altra persona. È fondamentale per instaurare una relazione di fiducia con il paziente

Tutti gli elementi della comunicazione sanitaria sono estremamente importanti quando si deve guidare il paziente attraverso l'informativa e il consenso informato.

Chi è il paziente “difficile” per il medico?

Chi impedisce al medico di instaurare una relazione terapeutica

Sono coloro che ci fanno sentire a disagio, frustrati, inutili

1 su 6 pazienti ambulatoriali viene considerato “difficile” dal medico di medicina generale

Difficult patients resolved..



Taking Care of the Hateful Patient

James E. Groves, M.D.

N Engl J Med 1978; 298:883-887 | April 20, 1978 | DOI: 10.1056/NEJM197804202981605

Si descrivono 4 categorie di pazienti difficili

I **dipendenti con attaccamento**: insicuri, preoccupati di essere abbandonati, percepiscono di avere bisogni inesauribili e vedono il medico come madre. Il curante inizialmente si sente importante ma alla lunga le continue richieste suscitano in lui avversione.

Gli **esigenti per diritto acquisito**: sono per certi versi simili ai precedenti, ma usano l'intimidazione, la svalutazione e l'induzione del senso di colpa nel medico, al fine di coinvolgerlo nel ruolo della madre inesauribile. Il medico ha paura, si sente ricattato.

I **manipolatori**: che rifiutano ogni aiuto, hanno la sensazione che nulla li possa aiutare. Hanno bisogno di attenzioni da parte del medico ma non riescono a fidarsi, possono avere una depressione non diagnosticata. Quest'ultimo soffre di sensi di colpa e si sente inadeguato, teme di non essere in grado di diagnosticare una malattia importante.

I **negatori autodistruttivi**: che non rifiutano apertamente la malattia, ma fanno in modo che i tentativi di cura non vadano a buon fine, mettendo in atto un comportamento suicidario non esplicito. Nel medico può sorgere il desiderio inconscio che il paziente muoia, per farla finita.

Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors

ROSEMARIE CANNARELLA LORENZETTI, MD, MPH; C. H. MITCH JACQUES, MD, PhD; CAROLYN DONOVAN, DNP, PMHCNS-BC, FNP-C; SCOTT COTTRELL, EdD; and JOY BUCK, RN, PhD
West Virginia University School of Medicine—Eastern Division, Martinsburg, West Virginia

Am Fam Physician
2013

Fattori **paziente-dipendenti** che determinano incontri clinici “difficili”

Problemi comportamentali

- arrabbiato, polemico, maleducato, aggressivo e/o violento
- paziente esigente/autorizzato
- atteggiamento di richiesta continua di farmaci
- molto ansioso
- eccessiva attenzione alle sensazioni corporee
- atteggiamento manipolatorio
- modo in cui il paziente richiede la prestazione sanitaria
- non aderenza alla terapia nelle condizioni croniche
- mancato controllo delle sensazioni negative

Condizioni

- dipendenza da alcool o droghe, barriera linguistica totale
- sistema di credenze estranee alla cornice di riferimento del medico
- disturbi somatici funzionali, es. sindromi di dolore cronico
- conflitto medico-paziente negli obiettivi della visita
- difficoltà economiche che determinano problemi di adesione alla tp
- bassa alfabetizzazione
- problemi medici multipli (più di 4 per visita)
- storia di abuso fisico, emotivo o mentale

Diagnosi psichiatriche:

- disturbo borderline di personalità
- disturbo di personalità dipendente
- disturbi dell'umore



© Original Artist
Reproduction rights obtainable from
www.CartoonStock.com

Dealing with Demanding Patient



Gli psichiatri descrivono il disturbo borderline di personalità 4 volte più spesso di ogni altra diagnosi quando viene loro richiesto di descrivere le caratteristiche di un paziente “difficile” (Koekkoek et al 2006)

Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors

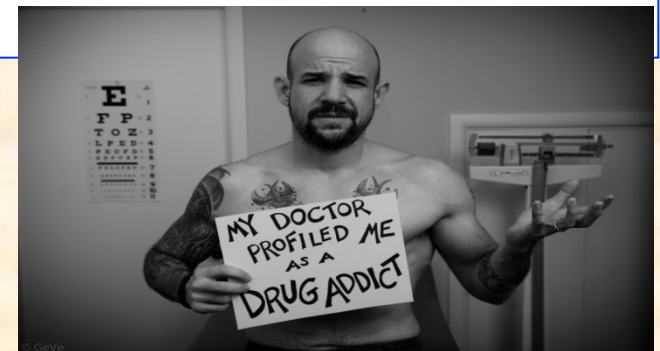
Am Fam Physician 2013

ROSEMARIE CANNARELLA LORENZETTI, MD, MPH; C. H. MITCH JACQUES, MD, PhD; CAROLYN DONOVAN, DNP, PMHCNS-BC, FNP-C; SCOTT COTTRELL, EdD; and JOY BUCK, RN, PhD
West Virginia University School of Medicine—Eastern Division, Martinsburg, West Virginia

Fattori **medico-dipendenti** che possono portare a incontri “difficili”
(15% delle visite)

- **Atteggiamento:** esaurimento emotivo, insicurezza, intolleranza di fronte ad una incertezza diagnostica, pregiudizio verso determinate malattie o categorie di persone, scarsa disponibilità di tempo.
- **Condizioni:** ansia/depressione, eccessivo carico di lavoro, problemi personali di salute, fattori di stress situazionali, deprivazione di sonno.
- **Conoscenze:** inadeguata formazione in medicina psicosociale, conoscenze limitate riguardo alla condizione di salute del paziente.
- **Abilità:** difficoltà ad esprimere empatia, facile frustrazione, scarse capacità di comunicazione.

I was once denied pain meds after a fall off a 10-foot porch by the same doc who gave my pretty female friend pain meds after getting two stitches in her finger. I felt like my appearance had something to do with it.” ~ Jay Snider



Fattori ambientali e organizzativi che possono determinare incontri clinici “difficili”

- **i pazienti hanno maggior accesso alle informazioni, spesso desiderano essere più coinvolti nelle scelte riguardanti la propria salute**
- **minor tempo per le visite, riduzione delle prestazioni**
- **procedure burocratiche**
- **eccessivi carichi di lavoro**
- **carenza di personale**
- **tempi di attesa per avere una visita molto lunghi**
- **caratteristiche degli ambienti (illuminazione, temperatura, ventilazione, rumorosità ecc.)**
- **Influenza dei media**



Conseguenze di un difficile rapporto medico-paziente

- ✓ Riduzione del successo terapeutico
- ✓ Aumento del livello di insoddisfazione del medico e del paziente
- ✓ Sovra-trattamento
- ✓ Sotto-trattamento
- ✓ Aumento dei reclami
- ✓ Aumento delle richieste di risarcimento

Does “difficult patient” status contribute to functional demedicalization? The case of borderline personality disorder

Sandra H. Sulzer^a

Department of Family Medicine, University of Wisconsin-Madison

Soc Sci Med 2015

CASE REPORT

JAMDA – May 2007

Overmedicating “Difficult” Patients

Francis Dominic Degnin, MPM, PhD

Cosa può fare il medico ?

Sicuramente essere consapevole:

- ✓ Delle conseguenze di una cattiva comunicazione con il paziente
- ✓ Che il medico è il principale responsabile nell'identificare e risolvere i problemi nella relazione medico-paziente "difficile".
- ✓ Che esistono degli strumenti tecnici che possono aiutarci a
 - migliorare il nostro modo di interagire con i pazienti
 - gestire i pazienti "difficili"

Acquisire questi strumenti:

- consapevolezza di eventuali limiti personali
- maggiori competenze nella comunicazione e nella medicina psicosociale
- tecniche specifiche, alcuni esempi: gruppi di auto-aiuto (Balint), meditazione, tecniche espressive innovative

AMA Journal of Ethics®

April 2017, Volume 19, Number 4: 357-363

MEDICAL EDUCATION

Courage and Compassion: Virtues in Caring for So-Called “Difficult” Patients

Michael Hawking, MD, MSc, Farr A. Curlin, MD, and John D. Yoon, MD

Abstract

What, if anything, can medical ethics offer to assist in the care of the “difficult” patient? We begin with a discussion of virtue theory and its application to medical ethics. We conceptualize the “difficult” patient as an example of a “moral stress test” that especially challenges the physician’s character, requiring the good physician to display the virtues of courage and compassion. We then consider two clinical vignettes to flesh out how these virtues might come into play in the care of “difficult” patients, and we conclude with a brief proposal for how medical educators might cultivate these essential character traits in physicians-in-training.

Virtue is what makes its possessor good, and his work good likewise.

Aristotle [1]

Managing Difficult Encounters: Understanding Physician, Patient, and Situational Factors

ROSEMARIE CANNARELLA LORENZETTI, MD, MPH; C. H. MITCH JACQUES, MD, PhD; CAROLYN DONOVAN,
DNP, PMHCNS-BC, FNP-C; SCOTT COTTRELL, EdD; and JOY BUCK, RN, PhD
West Virginia University School of Medicine—Eastern Division, Martinsburg, West Virginia

RACCOMANDAZIONI PRATICHE PER L'ATTIVITA' CLINICA

- Per i pazienti “difficili”, porre dei limiti alle sedute o modificare i tempi della visita
- Essere consapevoli dei propri sentimenti/emozioni. Questa consapevolezza da parte del medico riduce il numero dei pazienti classificati come “difficili” e migliora la capacità di gestire le visite “difficili”
- Utilizzare le capacità di ascolto empatico ed avere un atteggiamento non giudicante e di interesse per il paziente
- Utilizzare tecniche di colloquio incentrate sul paziente, quali il colloquio motivazionale. Il colloquio motivazionale si è dimostrato efficace nel migliorare l'alleanza terapeutica con il paziente e modificare efficacemente i cambiamenti di comportamento
- Valutare i pazienti difficili per malattie psichiatriche e inviare il paziente allo specialista per la diagnosi e cura appropriata
- Valutare i pazienti con disturbi somatici funzionali (condizione di malessere i cui sintomi non sono giustificati né da una condizione medica generale, né dagli effetti diretti di una sostanza) per abuso sessuale o evento traumatico, presente o passato.

Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review

[Alberto Amutio-Kareaga](#),^{1,*} [Javier García-Campayo](#),² [Luis Carlos Delgado](#),³ [Daniel Hermosilla](#),⁴ and [Cristina Martínez-Taboada](#)⁴

Table 1

Studies on the influence of Mindfulness and Compassion-based interventions for improving physician-patient relationships.

Source	Study Type	Outcome
[7,24]	Original Research	Improved physician-patient communication
[42]	Intervention Program	Improved patient care and satisfaction based on patients reports Enhanced psychosocial orientation
[63]	Original research	Improved empathy and quality of care based on patients reports
[64]	Review	Enhanced empathy
[65]	Original research	Increased self-regulation and self-compassion
[66]	Original research	Increase in patients' satisfaction and care
[67]	Conceptual model	Improved patient-centered communication
[49]	Original Research	Increased patient-centered care Patients reported being better understood
[13]	Original Research	Increased helping behavior
[17]	Original Research	Enhanced quality of care based on patients reports
[68]	Intervention Program (Focus Group)	Improved empathy, listening skills and quality of care
[23]	Systematic Review	Increased empathy among medical students, residents and physicians
[46]	Original Research	Reduced physicians' burnout and Increased empathy
[69]	Review	Increased empathy
[47]	Original Research	Increased empathy
[70]	Original Research	Increased empathy and compassion
[71]	Original Research	Increased compassion, empathy and altruism
[72]	Clinical Case	Increased patient understanding
[73]	Original Research	Increased patients' confidence
[74]	Systematic Review	Empathic accuracy and prosocial behavior

Three-minute breathing space.

Spazio per il respiro di 3 minuti tecnica base di mindfulness

Three-Minute Breathing Space

Step 1: Becoming Aware

Begin by deliberately adopting an erect and dignified posture.

Close your eyes. Then, bringing your awareness to your inner experience, ask: What is my experience right now?

- What thoughts are going through the mind? Notice them as passing mental events.
- What feelings are here? Turn your attention in particular toward any emotional discomfort or unpleasant feelings.
- What body sensations are here right now? Scan the body quickly to notice any tightness or bracing.

[PAUSE]

Step 2: Gathering

Bring your attention to the breath. Notice the belly rising on an in-breath and falling on the out-breath. Try to follow it closely for a few cycles to further bring your attention into the present.

[PAUSE]

Step 3: Expanding

Now expand your awareness beyond your breath to take in a sense of your body as a whole, including your posture and facial expression. Notice and breathe into any areas of tension, and let go of the tension with each out-breath. Allow your body to soften and open. You might suggest to yourself, "It's okay... whatever it is, it's already here: let me feel it".

As best you can, bring this accepting awareness into the next moments of the day.



si fa l'esperienza di mantenere l'attenzione su ciò che accade nel momento presente a livello di sensazioni, in modo da interessare tutto l'insieme di mente e corpo, ma accogliendo senza giudizio tutto ciò che viene

nel secondo minuto si concentra l'attenzione in un ambito più ristretto, il respiro, consentendo così di fare brevemente esperienza di un'altra forma di meditazione classica: quella dell'attenzione concentrata

si amplia di nuovo la portata dell'attenzione osservando l'intero corpo nell'atto di sedere e respirare, facendo così esperienza di una consapevolezza ampia rispetto a ciò che stiamo vivendo

Un esempio dalla rete.....

considerare le visite “difficili” come delle sfide, delle opportunità per crescere, per migliorare le proprie competenze comunicative.

- “Accidenti! Oggi viene la signora Rossi! Questo mi mette di cattivo umore perché è piena di problemi, non smette di lamentarsi, non migliora mai, non fa le cure che le prescrivo ...”
- “Oggi viene la signora Rossi. È piena di problemi, sempre scontenta. Vediamo se oggi riusciamo a fare qualche piccolo passo avanti. La lascerò parlare senza interromperla almeno 2 minuti, poi le rimanderò ciò che ha detto in modo che si senta ascoltata e compresa. Le chiederò di concentrarsi su un solo problema specifico e cercheremo insieme una soluzione, un cambiamento da fare per migliorarlo un po’. Limiterò la visita ai 15 minuti”

Difficult Doctors, Difficult Patients: Building Empathy

J Am Coll Radiol 2016

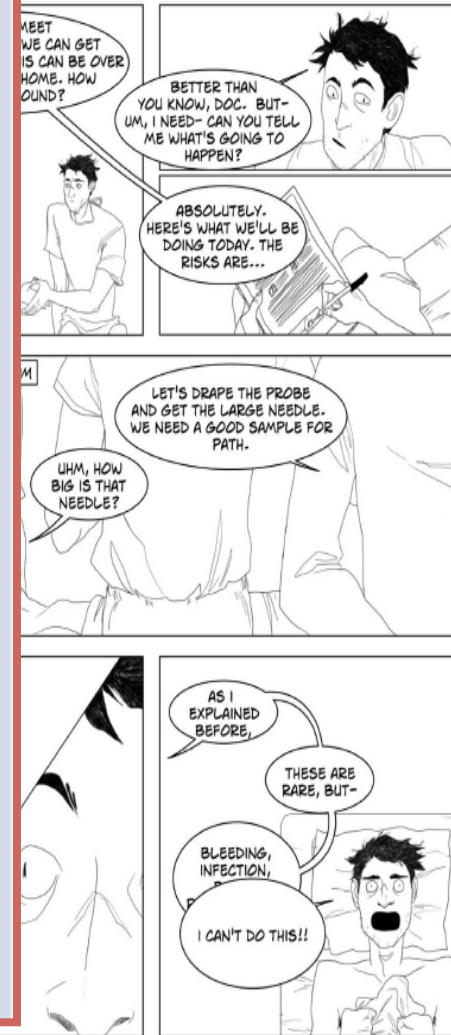
Patricia F. Anderson, PhD^a, Elise Wescom, BEA^a, Ruth C. Carlos, MD, MS^{b,c}

THE NEXT MORNING...



TAKE-HOME POINTS

- Graphic medicine, an emerging discipline using illustrated stories, comics, and cartoons for patient care and patient education, improves clinical care in a variety of clinical communication settings.
- Text and image juxtaposition, image manipulation, and text alteration are ways a graphic story can more effectively convey the patient experience compared with plain text.
- Mastery of culturally sensitive patient communication represents an ACGME core competence for diagnostic radiology residents.
- Cultural beliefs can lead to patient behaviors that promote a misperception of adherence to physician recommendation.
- Physician empathy for the patient and patient empathy for the physician together can improve communication and promote deeper understanding of each other's perspectives.



**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE,
ANCHE A CHI STA
DORMENDO!**