



**XIX  
CONGRESSO  
NAZIONALE AMD**  
Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013  
Rome Marriott Park Hotel

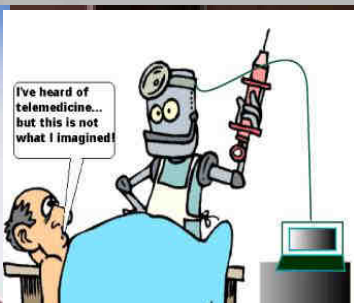
# **BRAIN&DIA AMD: la ricerca emozionale**

**Nicoletta Musacchio**  
Istituti Clinici di Perfezionamento **Milano**



# L'INERZIA TERAPEUTICA NON E' PIU' GIUSTIFICATA

CONGRESSO NAZIONALE AMD  
Roma, 20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-1-2010  
Rome Marriott Park Hotel



**Siamo sempre più tecnologici**



**IO CHE STRUMENTO SONO  
COME DECIDO**

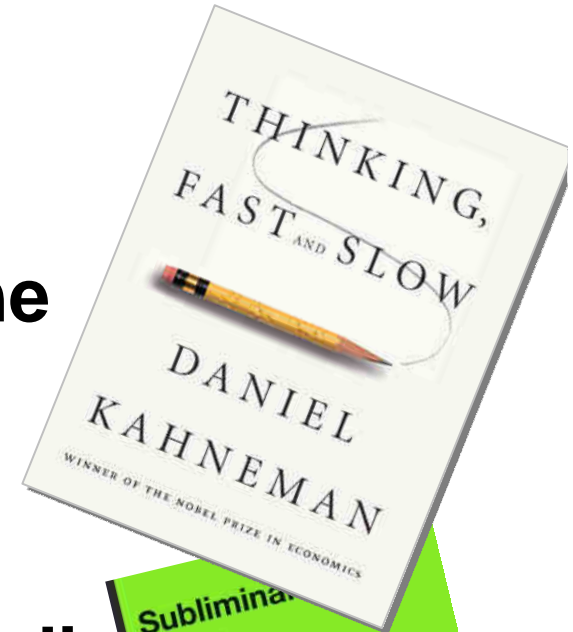
**Inerzia ed aderenza  
due facce della stessa medaglia**



# Teoria della decisione L'economia del comportamento

**Si vive un equilibrio precario  
caratterizzato da un conflitto  
permanente tra due poli di attrazione**  
**La sfera intuitiva**  
**Le capacità cognitive**

**I giudizi sono il prodotto dell'azione di  
meccanismi cognitivi che in maniera  
inconsapevole influenzano le  
decisioni**





# Il cervello 'inaccessibile'

**Il cervello umano elabora**

**11 milioni di bit**

**di informazioni**

**sensoriali al secondo**

**Ma la nostra**

**mente**

**consapevole**

**riesce**

**a gestire solo**

**40 bit**

**di informazioni al**

**secondo**



**Il cervello elabora le informazioni restanti in modo  
inconsapevole**



**PER capire le motivazioni profonde che influenzano i comportamenti degli individui.**

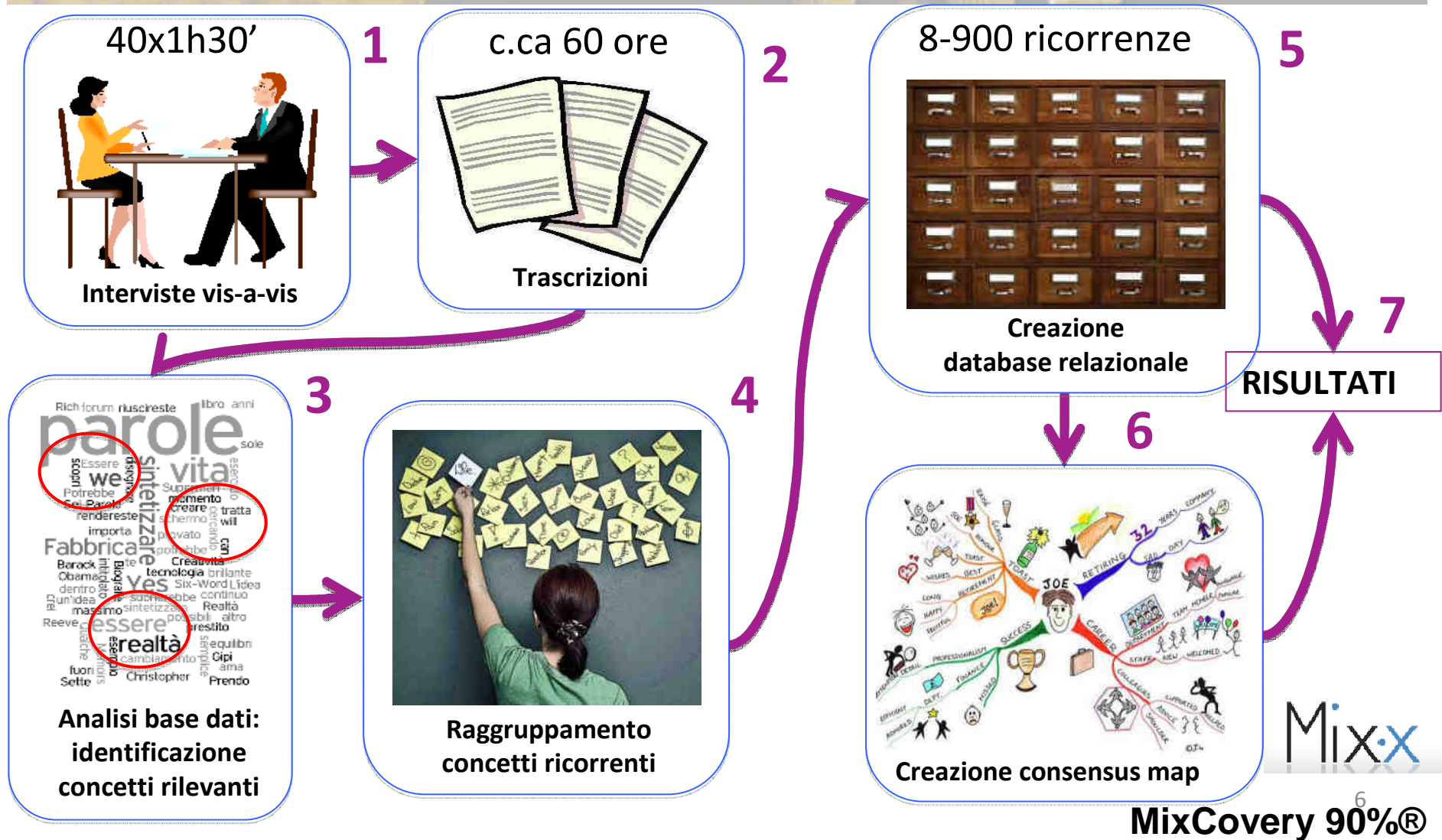
Esplora il 'lobo destro' del cervello, utilizzando immagini e metafore in interviste individuali.



**MixCovery** ®

Incorpora teorie e tecniche basate sulle neuroscienze e su studi di Harvard Business School and MIT Media labs. Jerry Zaltman + strutturazione di sistema Zilich

# L'impianto Strutturazione di sistema Zilich





**40 diabetologi**  
(46% donne, 54% uomini)

**19 strutture Territoriali**

**21 strutture Ospedaliere**



:

1--- **sa di rappresentare il 'riferimento'** del paziente in un percorso di cura che implica una relazione di lunga durata e si rammarica di non poterlo guarire;

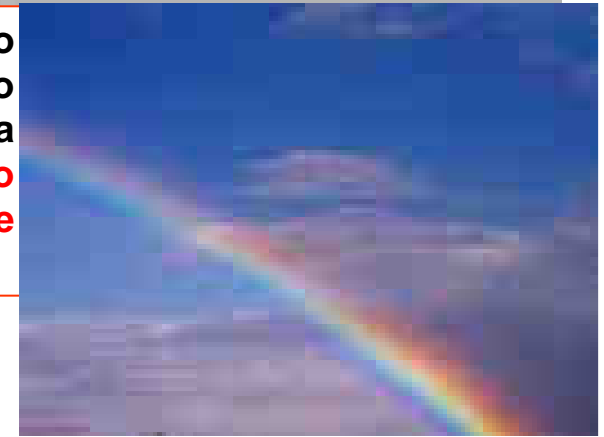
2--- **si impegna nel ricercare le strategie più adatte per motivare il paziente all'aderenza terapeutica e al corretto stile di vita** (attingendo alle sue competenze di comunicazione tecnica e argomentativa, di comprensione delle resistenze, di sostegno psicologico);





- 3--- **sono evidenti il 'commitment' e la forte motivazione** del diabetologo ai risultati di cura efficace,
  
- 4--- **evidente l'importanza che per il medico rappresenta la qualità di vita del paziente.** Il diabetologo si sforza di intercettare il vissuto del paziente, da tutti i punti di vista (non è solo attento all'ORGANO), per individuare l'approccio più adatto per quello specifico **INDIVIDUO;**
  
- 5--- **condivide e comprende il disagio del paziente** (non-guarigione, peggioramento, terapie iniettive) e cerca di alleviarlo per quanto gli sia possibile;

condivido molto come la diabetologia sta crescendo il fatto fenotipizzazione si usa il termine oggi, ogni paziente diabetico esistono tante tipologie quindi questo fa parte della matassa, tu devi capire prima la matassa **e capire prima chi hai davanti quindi non devi andare subito ad agire, devi parlare, devi capire, devi capire quello dove vuole andare quella persona**



## ASCOLTO – CONTRATTO PERSONALIZZO

In realtà se analizzo il mio modo di fare sembra proprio un protocollo, **ma non decido mai a priori cosa dirò al paziente o cosa farò** per rendere chiaro, non credo nei messaggi standard. **Mi piace personalizzare, vado raccogliendo informazioni** anche nel corso della visita e quindi in base a quello, cerco di sfruttare al meglio a mio vantaggio, che poi in realtà è un vantaggio anche per il paziente che va via con le sue condizioni...





spesso ha necessità di un sostegno proprio come il bimbo

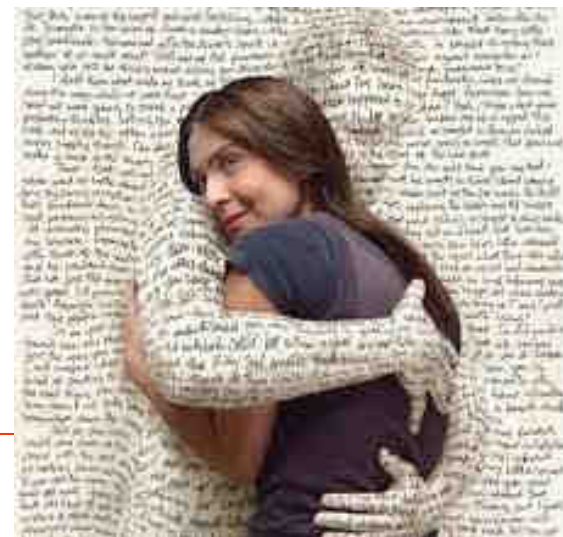
## LA PRESENZA CHE CONTA

### **Il mio cellulare è sempre acceso..**

Prendersi cura è questo: il 50% di queste telefonate sono rassicurazioni banali, domande non particolarmente importanti dal punto di vista della condotta terapeutica. Eppure avere questo contatto con il proprio specialista di riferimento è proprio un prendersi cura realmente del paziente.



uno conosce se stesso e impara anche a relazionarsi all'altro. Significa avvicinarsi all'altro e io non posso avvicinarmi all'altro se non capisco il suo di vista. Capire non significa poi accettare tutte le sue obiezioni però significa provare a condividerle e a trovare una soluzione che possa essere un beneficio comune nel senso...



**Non lo so, è come se si sentisse perso, come se si trovasse di fronte a qualcosa di insostenibile. Per lui, per me, non lo so. Se uno rimane, diciamo così, proiettato dalla parte del paziente come se fosse una cosa da non voler affrontare, "non sono pronto ad affrontare, non la voglio affrontare, qualunque altra cosa ma non questa".**



## **EMPATIA....PARTECIPAZIONE**



**E allora mi creda, ciò che si legge negli occhi ma anche nelle risposte spesso, bisognerebbe avere la candid camera per riprendere ste cose perchè spesso abbiamo delle reazioni veramente molto importanti, qualcuno scoppia a piangere, dice "dottore allora per me è finito tutto?"**



**Dietro questa porta c'è la luce e quindi insieme sono riusciti ad arrivare a questo traguardo e all'accettazione consapevole della malattia con l'accettazione di qualsiasi tipo di terapia se finalizzata in modo consapevole.**

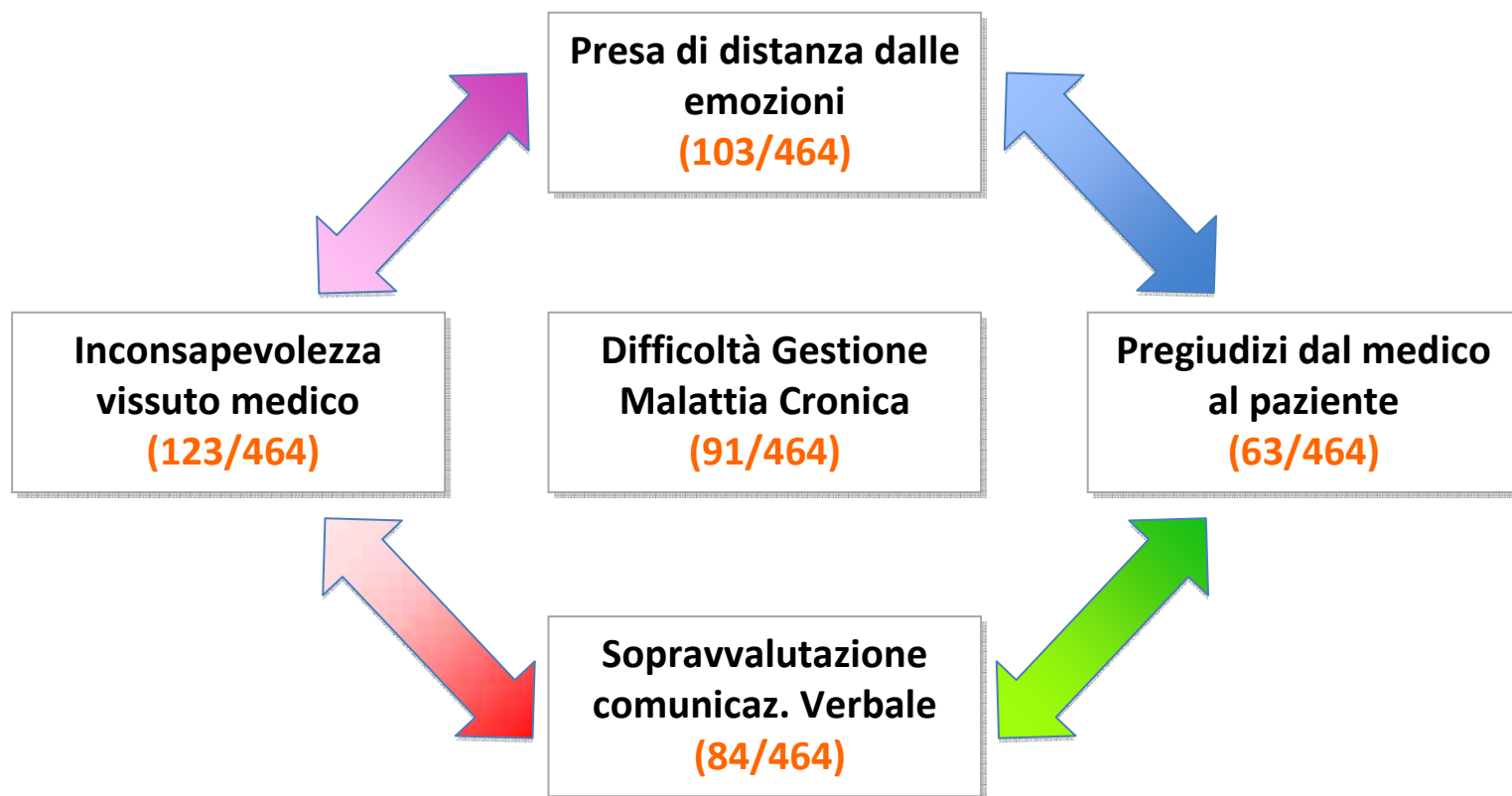
## Le scelte condivise

**...partendo dal presupposto che è un lavoro emotivo e cercare di dovergli dare tutta una serie di consigli che sono per la maggior parte obiettivamente numerici, perchè sarà il numero dei controlli, il numero delle iniezioni, il numero delle unità, il numero dei drammi, il numero degli espositivi, cioè ecco perchè io ho messo questo imbuto con tutti questi numeri. E poi alla fine devono avere tutti un'unica uscita, un'unica strada ovviamente il meno tortuosa possibile ecco.**





# MA IO COME MI SENTO, COME VIVO? I temi 'chiave' e il loro peso





## Difficoltà di gestione della malattia cronica

- La malattia cronica non porta alla guarigione, una **scarsa percezione di self-efficacy per il medico** (che, in molti casi, dice che aveva intrapreso la sua professione con **l'ideale di 'salvare i pazienti'**).
- **Non c'è gratitudine** talvolta è persino considerato un **'persecutore'** o un **'assatanato'**. Se la malattia peggiora, si deve gestire la **rabbia e la delusione** del paziente (o anche la **colpevolizzazione** da parte di alcuni pazienti).



## Difficoltà di gestione della malattia cronica

- Vi è la necessità per il medico di saper gestire (e comunicare) sia gli **aspetti pratici che quelli psicologici**, in una **relazione di lunga durata**.
- La gestione del cronico implica per il medico un maggiore impegno in termini di **tempo**.
- La gestione del cronico implica per il medico un maggiore impegno sugli **aspetti organizzativi**.





- Il paziente diabetico tende a fare la vittima e cerca di impietosire il medico: **il diabetologo non deve lasciarsi manipolare** e quindi deve tenere a distanza le proprie emozioni.
  
- Il medico dice che deve **mantenere il distacco dal paziente**, informarlo esaustivamente, con chiarezza e disponibilità, ma *'non è lo psicologo del paziente'*.



# Sopravalutazione e fraintendimento della comunicazione verbale

- Molti medici parlano della loro **frustrazione nel non riuscire a trovare il modo di convincere il paziente**, si chiedono cos'hanno sbagliato, pur essendosi impegnati a informarlo con impegno e utilizzando al meglio la comunicazione.
- Il medico spesso si 'aggrappa' alla comunicazione verbale come **atto di informare** esaustivamente e responsabilizzare, ma poi, quando questa si rivela inefficace, il medico si rende conto del risultato negativo e dice che **'la relazione non ha funzionato'**.



## Pregiudizio insulina '*ultima spiaggia*'

- Alcuni dicono che i **pazienti MA ANCHE i loro colleghi sono convinti che l'insulina sia '*l'ultima spiaggia*'.**
- Alcuni considerano l'insulina '*un tunnel senza uscita* ed ammettono di aver **ricevuto per anni il 'condizionamento' dell'insulina come '*ultima spiaggia*'.**
- Alcuni riconoscono di essere loro stessi a **inculcare nel paziente che, se non fa la dieta e le terapie, poi bisognerà arrivare all'insulina (che diventa davvero '*l'ultima spiaggia*').**



34 medici su 40 usano  
“ultima spiaggia”  
almeno una volta durante l’intervista  
**questo equivale all’85% di noi**

....**spesso** riferito all’idea che i pazienti hanno dell’insulina,  
a **volte** all’idea che ne hanno i colleghi...

**Ed alla fine si insinua il dubbio ...**  
**Che non sia un problema mio ?**



# c'è qualche contraddizione?

XIX  
CONGRESSO  
SULLA QUALITÀ  
DEI SERVIZI  
ROMA, 29 maggio - 1 giugno 2013  
Rome Marriott Park Hotel

*“Mah, io sono molto sereno perché so che sto facendo qualcosa che migliorerà la qualità della vita del paziente e che gli eviterà futuri problemi.*

*Il mio vissuto è abbastanza sereno e positivo.”*



# Il senso di fallimento comunicativo

**“non riuscire a convincere il paziente è come un... un po' è una sorta di fallimento.”**

**“Fallimento per il medico può essere il non riuscire a trasmettere quella fiducia oppure quella capacità di far aderire il paziente al trattamento.”**



# La formazione inadeguata ?

«... **Comprendere la resistenza ...**  
**troviamo il modo per aggirarla**  
**però ci vogliono anche**  
**strumenti relazionali**  
**comunicativi, ... non è che ce li**  
**abbiamo in tasca. Noi**  
**arriviamo da corsi di studi**  
**da *fabbro ferraio*, non**  
**abbiamo strumenti di**  
**questo tipo ...»**



«...**quindi parliamo come zappe, noi siamo bravi a far**  
**passare l'antibiotico. Sul versante cronico la rogna...»**



# Il medico si trova in un conflitto

XIX  
CONGRESSO  
SALUTE AMD  
Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013  
Rome Marriott Park Hotel



*“la voce della coscienza professionale dice di non cedere alle commiserazioni, alle immagini della persona che non ha accettato la malattia e far fronte in maniera più coraggiosa”*



# RIMANDARE

## Qui lo dico, qui lo nego

*“Se il paziente è sfortunato che si trova ad essere visitato sempre in giornate difficili può durare anche qualche anno.*

*non meno di 6 mesi, anche forse qualcosa di più però inferiore ad un anno, 6-9 mesi.*

*Dal momento in cui si valuta che bisogna cambiare terapia al momento in cui si prescrive materialmente la terapia.*

*però in alcuni casi può capitare anche qualche anno.”*



***Eppure, dinanzi a una domanda diretta, posta alla fine dell'intervista, nessuno ha dichiarato di rimandare l'insulina!***



# qualcosa non torna....

*“La siringa che deve trafiggere la pancia. Vista così con questo siringone sembra che trafigga... una roba un po' esagerata nell'immagine”.*

***“A lei che effetto fa?”***

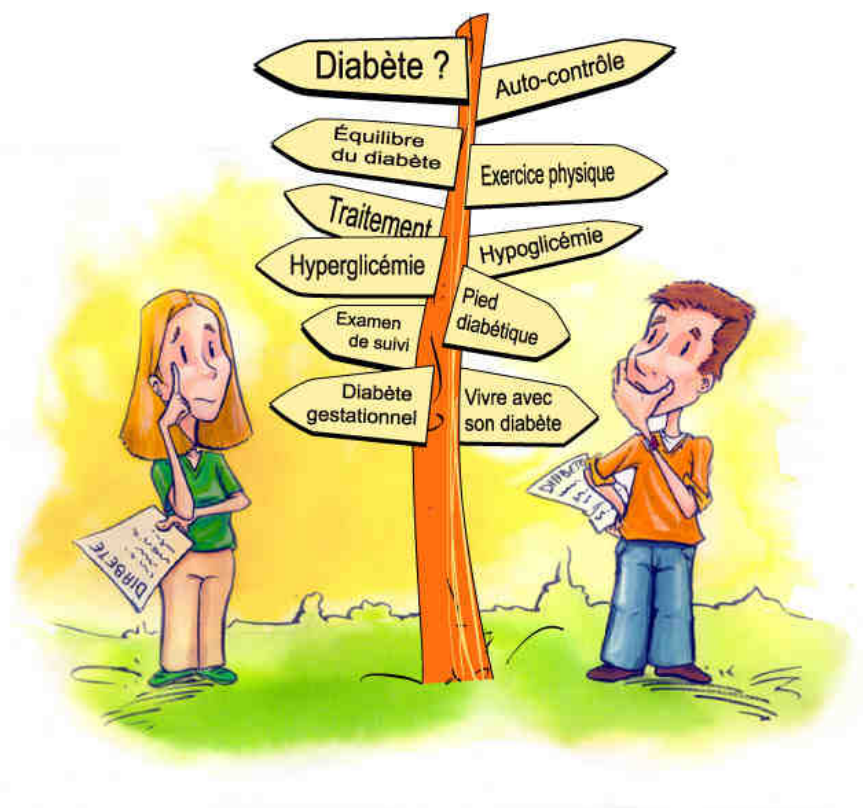
*Non ho una connotazione negativa di questo [...]*



***Mi viene in mente una scena di guerra, che non ha nulla a fare con questo contesto. Un po' come nei film sulle crociate.”***



# ...la punizione...ultimo stadio



*“il messaggio che passa è **“non sei stato bravo, ti sei comportato male, beccati l’insulina”** non è nel senso... Comunque il risultato di...il paziente ha già un senso di colpa, (...), adesso sicuramente di meno ma insomma il percepito della popolazione è quella di un’ultima spiaggia, comunque del **“ho sbagliato a comportarmi, non ho seguito le indicazioni, e mi becco l’insulina”** ...*



## Il dire

si lamenta delle  
difficoltà dinanzi alle  
resistenze del paziente  
alla terapia insulinica

## Il fare

quando prescrive altre  
iniezioni le introduce  
dicendo  
“guardi, si fa con  
un’iniezione ma non  
è insulina”



***“Io non so se a questo signore gli allungo la vita”*** posso dire che a 100 persone come lui, al 40% gli allungo la vita. Ma non so se allungandogli la vita gli faccio un piacere.”

***“Abbiamo delle conoscenze, ci facciamo forti di evidenze che non sono certezze che stiano in piedi, su un piede [...] le cose che dici sono mezza verità, qualcuno potrebbe dire il contrario, si è in posizioni in cui si deve cercare di confezionare***

***e spesso si è in uno stato di equilibrio precario.”***





*“...perché il paziente non la vede come una terapia alla stessa stregua di altre terapie orali o altre terapie ma come una terapia con connotati di pesantezza, di malattia che veramente sta diventando molto grave per cui c'è questo stare uno di fronte all'altro ma non seduti comodamente su 2 poltrone ma su questo asse instabile...”*



# La Comunicazione efficace (?)

## **Per esempio dico sempre**

“Guardi, il problema c’è. Se lei tiene l’emoglobina alta, passati 5 anni ha un’elevata probabilità di avere ictus, infarti, amputazioni ” **ma senza drammatizzare troppo.**

**perchè**

**Non si deve MAI spaventare il paziente, ma informarlo dei rischi.”**



Non tutto l'oro "sbrilluccica"  
Non tutto l'oro "sbrilluccica"

Chissiamo

“Quindi questa **squadra di persone che sa cosa fare**, lavora sapendo che lì **esprime il suo meglio**, ma **che ogni pezzo è importante per** far partire la macchina... io non posso fare tutto da solo, sarebbe pesante per me e per il paziente”.

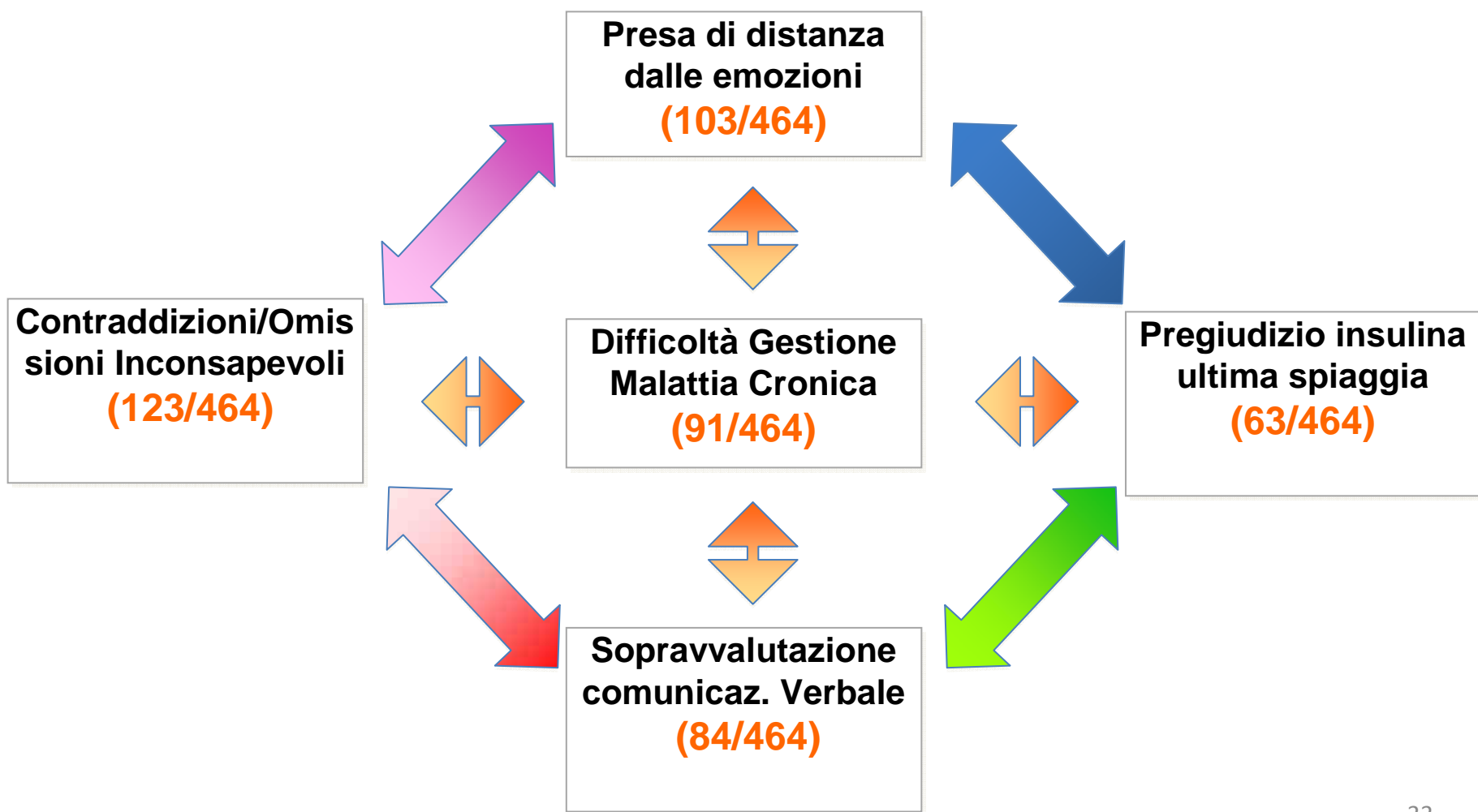
“I servizi ambulatoriali di diabetologia sono emblematici hanno **sempre radunato gli scarti: persone con problemi fisici, malati ecc.** “





XIX  
CONGRESSO  
NAZIONALE AMD  
Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013  
Rome Marriott Park Hotel

# CHE FACCIAMO?





# IO CHE STRUMENTO SONO?

la medicina narrativa ... di noi; la medicina del vissuto...nostro

XIX  
CONGRESSO  
NARRATIVA  
Roma, 29 maggio - 1 giugno 2013



**È possibile non provare emozioni?  
Perché non imparare ad usarle?**



IL BURN-OUT  
esiste digeriamolo

XIX CONGRESSO NAZIONALE AMD  
Roma 20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31 ottobre 2013

***II MALINTESO***

***non essere coinvolti, per non rischiare di essere travolti!***



***Ma quali sono le conseguenze di questo atteggiamento difensivo?***



# LA RELAZIONE DI CURA strumento da imparare ancora confuso

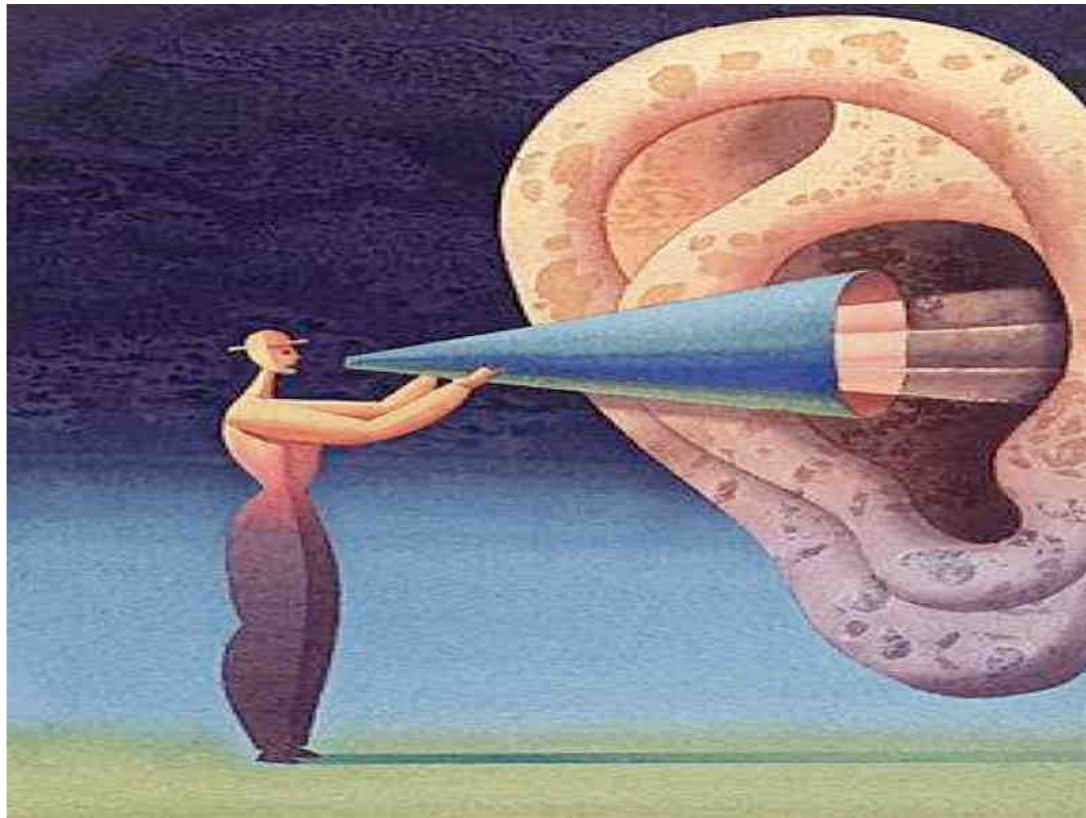
*la relazione se deve diventare terapia, quindi uno strumento che io posso usare coscientemente per attivare la persona, si basa sulla fiducia, è fondamentale.*



**«Misurare la fiducia o descriverla è molto difficile, molto. Allora, di relazione, mi sono tante volte chiesta, perché ne parliamo così poco tra medici?»**

# LA COMUNICAZIONE EFFICACE

...Obama docet



*...scusi dottore la interrompo,  
quello che volevo proprio  
approfondire, nel momento in cui  
lei sta dietro a questo megafono in  
qualche modo, che tipo di  
sensazioni ha?*

*Quello di dover ascoltare, ecco  
perché...a farmi comprendere al  
meglio...in generale ovviamente  
non sta nel volume della voce ma  
nel volume delle cose che  
sostanzialmente devo cercare di  
fargli comprendere.*



# Il progetto BRAIN&DIA: ACTION PLAN

- 1. Ricerca Emozionale**
- 2. Sondaggio quantitativo Nazionale**
- 3. Capillarizzazioni Addestrative**

❖ **Sensibilizzazione e consapevolezza prima fase del processo di apprendimento**

❖ **Ricerca di soluzioni e strumenti sui temi principali:**

- ✓ **La relazione versus la comunicazione**
- ✓ **Il laboratorio itinerante di «fenotipizzazione del diabetologo»  
Rappresentazioni, narrazione, acquario**
- ✓ **Argomentazione efficace: il colloquio di cura**



## “Argomentare bene per curare meglio”

Sarah Bigi, Università Cattolica &  
Centro di Attenzione al Diabetico, ICP

**Radici del progetto:** tradizione di studi sul discorso persuasivo, dall'antichità classica (Aristotele, Retorica) ai giorni nostri (principali esponenti: Frans van Eemeren, Douglas Walton)

**Argomentazione correlata agli studi sui *frame*** (schemi concettuali, Gestalt/paradigmi mentali), George Lakoff (UC Berkeley) democratici e repubblicani, schemi interpretativi della realtà



# **EVOLUZIONE DELLA SPECIE**



# INSIEME AD AMD alla ricerca di nuovi strumenti, nuovi spazi, nuovi confini



La RICERCA  
AMD



LA MEDICINA “di INTEGRAZIONE “  
che tenga conto di noi.

*Una medicina per e delle  
persone*



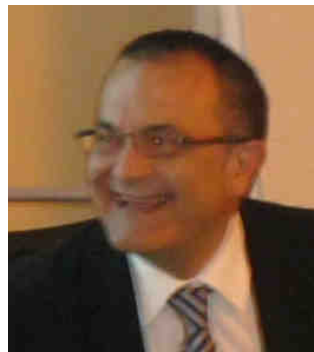


# Board AMD Brain&Dia

**Francesco Maria Gentile Nicoletta Musacchi**



**Paolo Di Berardino**



**Gaudenzio Stagno**

**Vincenzo Paciotti**



**GRA  
ZIE**



... no comment...



C'è molto da fare  
C'è molto da fare

...Mi è piaciuta molto perché dice "corso di addestramento per futuri manager".

**Secondo me ricalca appieno quello che facciamo coi pazienti...**



# Terapia insulinica è tranquilla poco problematica

*“l'ultima spiaggia, la condanna. Questa è la sentenza finale.*

Non so se gli altri miei colleghi la vivono così però è quello che ci diciamo quando ne parliamo, l'insulina è quello, non c'è altro dopo, sarà per sempre, adesso son più grave...

Forse è una nostra rappresentazione perchè in effetti se penso agli ultimi pazienti a cui ho messo l'insulina nessuno me l'ha detto che era all'ultima spiaggia o al capolinea però è questa sensazione che si sentano un po' così, al capolinea.

Però effettivamente nessuno me l'ha detto, forse almeno recentemente non mi pare che nessuno me l'abbia detto.



**«Siamo soli in mezzo e dobbiamo in questo contesto abbastanza spoglio ricostruire un percorso, anche un percorso di terapia perché tutto quello che c'era prima, non dico si perde ma acquisisce un significato diverso.**

*Questo è un po' il ripartire da zero lontano da quello che è il contesto normale quotidiano.»*



# Paura di rimanere intrappolati?

*“nel momento in cui  
prescrivi una terapia  
insulinica hai un rapporto  
più coinvolgente con il  
paziente, almeno inizialmente  
non lo puoi lasciare a se stesso.  
Quindi certamente ci deve  
essere una consapevolezza da  
parte tua di un maggiore  
impegno quindi il rimanere  
intrappolati può essere...  
... io non lo provo”*





*“Ci sono quelli che prendono tempo e glielo concedi pure perché un mese o due non cambiano la vita”.*

*“in alcune situazioni quando non c’è un forte scompenso glicemico, quindi magari un tre quattro mesi se li può ancora dare”.*

***“Posso ancora darmi 3-4 mesi.”***





# la rabbia è difficile da ammettere per un medico

“A parte la rabbia che in genere è interiore, che mi tengo dentro, sicuramente un pochino di frustrazione e un po' anche di dispiacere perché alla fine chi ci va di mezzo è lui.

Un po' io mi analizzo nel tentativo di capire se sono stata io, a non essere stata capace di motivarlo.”





# LA RELAZIONE DI CURA strumento da imparare ancora confuso

“non riuscire a convincere il paziente è come un... non una perdita della nostra capacità di prescrivere una terapia, ma un po' è una sorta di fallimento.”

“Fallimento per il medico può essere il non riuscire a trasmettere quella fiducia oppure quella capacità di far aderire il paziente al trattamento.”





...nessun' altra possibilità

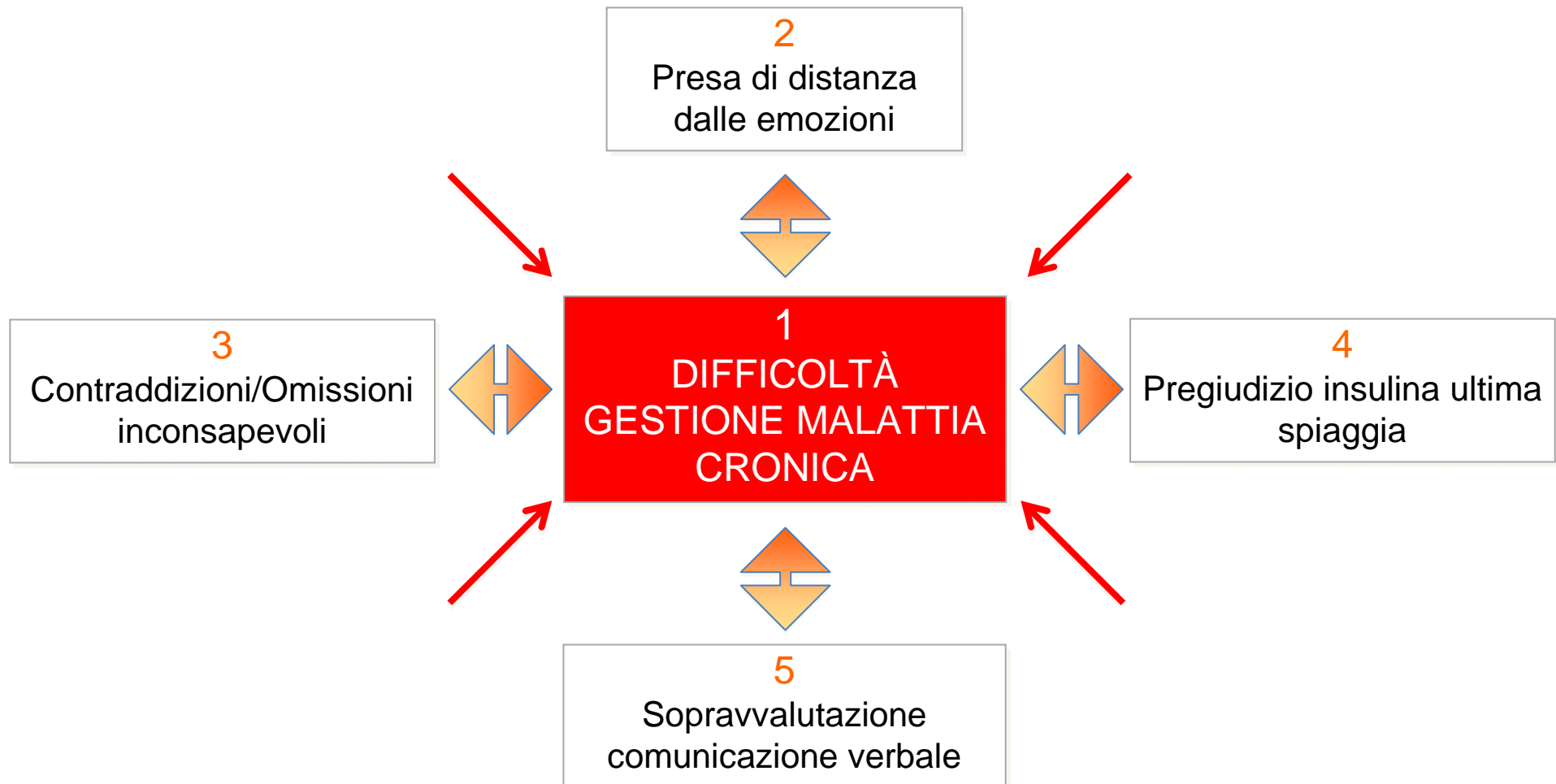
*“il paziente che non è compensato bene, prende ipoglicemizzanti orali dura circa un anno, un anno e mezzo prima di passare alla terapia insulinica. Per vari motivi, alcuni dei quali ho già elencato un po' legati al paziente che ha questi pregiudizi su questo farmaco come ultima spiaggia”*





- Il medico non deve provare emozioni, in modo da non farsi coinvolgere dal paziente, **perché questo potrebbe condizionarlo nelle sue scelte terapeutiche** (magari non corrette, anche se più gradite al paziente).
- Provare **emozioni significa provare eccessiva pena per il paziente** (il medico confonde fra l'essere consapevole a contatto delle proprie emozioni e l'eccessivo coinvolgimento verso il paziente).

# Il risultato è una gestione ancora più difficile della patologia cronica



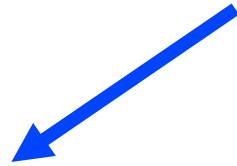


# COSA DOBBIAMO FARE?

- ❖ **Lavorare sul vissuto (la medicina narrativa ...di noi...)**
- ❖ **Acquisire consapevolezza ed affrontare il burn out**
- ❖ **Chiarire bene per usare correttamente la relazione di cura (empowerment dell'operatore)**
- ❖ **Lavorare sulla comunicazione**



Il restante **15%** usa perifrasi tipo questa....



*“Che (l’insulina) è una terapia che viene vista come invalidante dal punto di vista dei rapporti sociali; che viene vista come una extrema ratio per il diabete; che nella difficoltà concreta di poterla gestire, rende **la vita più complicata a me e al paziente...**”*





# Difficoltà di gestione della malattia cronica

CONFERENZA NAZIONALE AMD  
Roma, 29 maggio - 1° giugno 2011  
Rome Marriott Palace



*“La frustrazione è molteplice con il paziente, con le istituzioni, con gli altri colleghi, ogni tanto ci dobbiamo incontrare per piangerci sulla spalla e per farci venire i complimenti per noi.”*



*“La cronicità è diversa perché **nella mia vita avrei voluto fare (sono contento di quello che faccio) il chirurgo, perché è più semplice dato che con un atto guarisci il paziente**, io non guarisco. Posso dire: “ti curo bene, al meglio delle mie possibilità, però è un rapporto che diventa di interscambio... un rapporto un po’ complesso..”*