



università di pavia  
dipartimento di scienze sanitarie applicate e psicocomportamentali  
sezione di psichiatria  
via bassi 21  
27100 pavia

**Appunti dalle lezioni di**  
**Psicologia Medica,**  
**Corso integrato di Metodologia e Propedeutica Clinica**

testo a cura di  
**Pierluigi Politi e Marta Abbamonte**

**MODELLO BIOMEDICO**

Ogni professione ha la necessità di ammettere, a monte del proprio operato, una struttura teorica che giustifichi gli obiettivi della professione stessa (Weston e Brown, 1995). Fino ad anni recenti, la medicina tradizionale si è riconosciuta in un modello di tipo biomedico. Esso affonda le proprie radici nell'idea che la medicina si debba occupare di fenomeni obiettivi, le malattie, che sussistono indipendentemente dalla presenza di un paziente.

Secondo tale modello l'oggetto principale è la malattia, definita in termini puramente biologici; proprio per questo, il medico, accreditato esperto della malattia biologicamente intesa, assume un ruolo centrale nella professione. I veri protagonisti sono quindi la malattia e l'esperto della malattia. Un modello basato sulla malattia (*disease centred*) diviene ben presto un modello incentrato sul medico (*doctor centred*).

In una situazione di questo tipo, il flusso della comunicazione è a senso unico: non è necessario comunicare con il paziente, ma occorre solo saper interrogare ed informare.



Con tali presupposti, paradossalmente, l'assenza di un malato potrebbe non pregiudicare lo svolgimento di una visita, mentre sarebbe impossibile in assenza del medico, come nell'interessante aneddoto citato da Moja e Vegni (2000). Un primario di medicina, seguito da una schiera di studenti e specializzandi, sta effettuando il "giro" visite quotidiano. Entra in una stanza a quattro letti del reparto, il letto tre è vuoto, forse la paziente è in bagno. Ad ogni letto si ripete una sorta di rituale: il

gruppo di medici si dispone attorno al letto, un medico aggiorna il primario sul caso; vengono esaminati gli esami, modificate le terapie. La scena si ripete identica anche al letto tre.

La struttura della visita medica nel modello biomedico è a piccoli blocchi indipendenti con l'avvio sempre generato dall'intervento del medico; le informazioni che originano dal paziente servono a riempire delle caselle vuote nel processo diagnostico che sta seguendo il medico. Non è necessario un'elaborazione o uno scambio, il dialogo "doctor centred" è interamente gestito dal medico, che inserisce le risposte del paziente nel proprio algoritmo diagnostico. In questi colloqui prevalgono le domande "chiuse" e le risposte del paziente risultano spesso monosillabiche come nella seguente situazione:

#### Caso clinico 1

Il medico della signora Rossi ha inviato la paziente dall'endocrinologo per approfondire la situazione tiroidea della signora.

*M: Buongiorno, signora Rossi. Il suo medico dice che potrebbe avere un problema alla tiroide. Mi dica, ha perso peso?*

*P: No.*

*M: Vampate di calore?*

*P: No.*

*M: Si sente stanca o rallentata?*

*P: Beh, forse un po', dottore.*

*M: L'intestino va bene, non soffre di stipsi, vero?*

*P: No, veramente no. Ma forse, piuttosto...*

*M: Penso che dovrei visitarla, ora. Si può togliere la giacca, per favore?*

Ma non bisogna dimenticare che..

- Il 27% delle consultazioni ambulatoriali relative a persone già curate in precedenza è destinato a rimanere *medically unexplained*. (Reid et al 2001, Smith et al 2006)
- Alla prima visita frequentemente i pazienti presentano sintomi ai quali non è possibile attribuire un significato clinico; tali sintomi rimangono *unexplained*, anche ad una seconda visita e a successive visite specialistiche (Reid et al, 2001).

Una riflessione su questi assunti non può non far nascere qualche considerazione critica circa i problemi di comunicazione medico-paziente nel tradizionale modello biomedico. Da questa riflessione può nascere la ricerca di modelli alternativi a quello tradizionale, che considerino maggiormente il ruolo giocato dal paziente.

## MODELLO PATIENT CENTRED

Fondamentali premesse all'introduzione del modello di medicina centrata sul paziente sono il lavoro di Balint e il contributo di Engel.

Balint (1957), psichiatra e psicoanalista ungherese, lavorò a lungo nel Regno Unito con gruppi di medici di famiglia; la sua prolungata e intelligente frequentazione delle malattie del corpo e della mente gli consentì di affermare che il nodo centrale dell'attività del medico è la sua relazione con il paziente, che di per sé risulta già terapeutica; "il farmaco di gran lunga più utilizzato in medicina è il medico stesso". Successivamente Engel (1977) descrisse la modellizzazione *disease centred* della medicina contemporanea, sostenendo come questo modello sia fondato su specifici assunti teorici per nulla imprescindibili, ma che divengono tali nel momento in cui il modello diviene dogma, insistendo sull'importanza di modificare innanzitutto il modello tradizionale.

La medicina *patient centred* afferma la pari dignità sia della patologia, in senso strettamente biologico, sia del vissuto di malattia, affermando la necessità di confrontarsi con il significato, del tutto soggettivo, che la malattia riveste per il malato. Per questa ragione il modello centrato sul

paziente non rinnega gli obiettivi generali di quello tradizionale, ma li amplifica, aggiungendo alle finalità condivise di effettuare una diagnosi ed impostare uno schema terapeutico, la necessità di confrontarsi con il vissuto di malattia del paziente, in quanto persona sofferente. Questo modello costituisce quindi un allargamento di quello tradizionale.

Le maggiori differenze dei due modelli si riscontrano sul piano relazionale.

La relazione medico-paziente non è più un mezzo al fine di formulare una diagnosi, ma un'importante processo che ha come protagonista il malato.

Il colloquio non sarà più caratterizzato da un flusso comunicativo monodirezionale, ma da scambi nelle due direzioni, che utilizzeranno quanto le moderne tecniche comunicative mettono a disposizione.

## ELEMENTI DI TECNICA DELLA COMUNICAZIONE

- **Il contrasto cognitivo**- durante il colloquio il ragionamento del medico è organizzato per dati (sintomi) e categorie (diagnostiche); quello del paziente è invece organizzato per problemi di vita ed emozioni, questo crea un forte contrasto che rende difficoltosa un'efficace comunicazione.

Caso clinico 2

**Medico:** ...ecco... ma allora questi dolori sono a livello basso dell'addome...

**Paziente:** ...sì, proprio a livello basso... se bene si ricorda che lei mi aveva fatto fare il clisma opaco...

**M:** clisma opaco... che però non aveva dato alcun esito con le... no...

**P:** ...eh sì... era venuto fuori... lei mi aveva detto un po' di... colite... di colite

**M:** un po' di colite, sì... però niente di importante (controlla sul PC)

**P:** però io questi dolori ce li ho notte e giorno... è come se avessi un peso alla vagina, dottore... eh...

**M:** ...senta un attimo... lei dalla \*\*\*, dalla ginecologa, quando c'era andata?

**P:** ...eehh... sono andata un anno fa... un anno e mezzo fa (mimando "molto tempo fa" con la mano)

**M:** un anno e mezzo fa... perché ho l'impressione che sia meglio...

**P:** ...andare dal ginecologo...

**M:** visto che ha anche queste perdite, magari fare un'ecografia...

**P:** sì, ecco... io sono venuta proprio da lei e ho detto vado dal mio medico proprio perché se cortesemente lei mi può far fare questa ecografia... perché veramente io ho questi dolori che mi prendono l'ano, la vagina e il basso ventre... e non so io cosa (rallenta nel parlare e indica il punto del dolore)

**M:** ecco ma ripeto... io direi... siccome poi questa ecografia la possono fare lì alla stessa mutua... allora io le scrivo una visita dalla ginecologa, no?

(Moja e Vegni, 2000)

- **L'agenda** – ogni paziente, a suo modo, risponde alla malattia utilizzando gli strumenti cognitivi, emotivi, relazionali di cui dispone; non solo, spesso differenze di età, di status, di aspettative, di cultura, di religione, ecc. possono inficiare il processo comunicativo. In letteratura ha preso piede il vocabolo anglosassone (che non corrisponde al suo equivalente italiano) di *agenda* per indicare tutto ciò che caratterizza il paziente e che il paziente porta con se e con la sua malattia; questo comprende, ad esempio:
  1. teorie su sintomi e malattie;
  2. aspettative;
  3. emozioni;

L'agenda del medico a sua volta può comprendere, ad esempio:

1. responsabilità nei confronti di superiori colleghi, familiari, istituzioni...
2. problemi personali che possono interferire con il lavoro
3. gratificazione e soddisfazioni lavorative
4. benessere e qualità della vita.

Una visita centrata sul paziente assume così almeno due scopi:

1. individuare e trattare la malattia (scopo tradizionale),
2. comprendere l'agenda del paziente,
  - a. sollecitando l'espressione delle idee del paziente → per verificare il livello di conoscenza del malato sulla malattia
  - b. accertando le aspettative del paziente → per capire il motivo per il quale il malato si è rivolto al medico
  - c. comprendendo e rispondendo ai sentimenti del paziente → per riconoscerne le emozioni.

Proprio per il fatto che i due scopi di questo modello hanno pari dignità, ne deriva che una comunicazione efficace, quale unico mezzo per esplorare l'agenda del paziente, assume, nella pratica clinica, tanta importanza quanto l'esame obiettivo o i dati di laboratorio.

Da queste riflessioni nasce la necessità di una formazione medica che includa l'utilizzo di appropriate tecniche di comunicazione. Appare opportuno, fin dall'inizio del corso degli studi porre fra i propri obiettivi quelli di:

- stimolare attenzione, riflessione, interesse nei confronti del colloquio medico
- fornire linee-guida per condurre un buon colloquio
- creare opportunità per apprendere, verificare e correggere la propria tecnica

## IL COLLOQUIO

Il colloquio medico-paziente consente di porre una diagnosi, stabilire una relazione e negoziare il trattamento, per questo impegna più tempo di ogni altra attività clinica, tuttavia è lo strumento più trascurato nel corso di studi.

Le tre funzioni del colloquio medico-paziente sono quelle di  
:

- raccogliere dati
- creare una relazione terapeutica
- contrattare il trattamento

(Lipkin, Putnam, Lazare, 1995)

Gli elementi di un colloquio possono essere verbali o non verbali, ed è importante sottolineare quanto sia gli uni che gli altri rivestano un'importanza cruciale per la comprensione dell'agenda del paziente.

Alcuni elementi verbali particolari sono:

1. eco
2. parafrasi
3. riassunto
4. facilitazioni
5. *prompts & cues*

I principali elementi non verbali sono:

1. posizione
2. postura
3. sguardo
4. mimica
5. contatto
6. distanza
7. tono
8. rispecchiamento

Nel corso della consultazione il paziente non esprime direttamente timori, angosce, teorie, aspettative, ecc.. ma lancia una serie di indizi (*cues*) e suggerimenti impliciti (*prompts*) che, in modo indiretto, suggeriscono la presenza dei contenuti specifici dell'agenda.

Una delle più importanti capacità del medico deve essere quella di saper raccogliere i segnali del paziente. Perché questo sia possibile bisogna, non solo saperli riconoscere, ma anche saperli utilizzare, saper cioè sollecitare l'espressione dell'informazione che si nasconde dietro di essi.

I *prompts* & *cues* sono solitamente riconoscibili all'interno del colloquio per variazione del tono di voce, presenza di argomenti apparentemente estranei al discorso o di temi reiterati e riproposti (spesso in coda al colloquio).

### Caso clinico 3

**Medico:** Signor X, buongiorno. Sono il dottor Y. Come si sente?

**Paziente:** (parla lentamente) Beh, c'è questo dolore... proprio qui (addome)... e diarrea... ce l'ho da settimane. Insomma, non mi sento bene...

**M:** Dunque, dolore e diarrea... qualcos'altro?

**P:** Beh, non mi sento di mangiare... mi sento come... un fastidio allo stomaco e... poi mi sento... non so... stanco

**M:** (breve pausa) mmmh...

**P:** ho perso un paio di chili da quando tutto questo è cominciato e non posso andare a lavorare...

**M:** (più lento) tutto questo ha ripercussioni sul suo lavoro...

**P:** Sì (guarda in alto, come per dire qualcosa, e subito in basso)... mi preoccupa che possa essere qualcosa di serio

**M:** (annuisce e rimane in silenzio)

**P:** vivo da solo, adesso... (lungo silenzio, sguardi nervosi)

**M:** da solo...?

**P:** (occhi bassi) beh, il mio compagno... aveva sintomi simili...

**M:** dunque pensa che forse ha preso qualcosa... (il paziente muove nervosamente lo sguardo)... riesce a dirmi che cosa teme?

**P:** beh, era davvero un caro amico (silenzio, strizza gli occhi) all'inizio non capivo cosa c'era che non andava... quindi gli hanno detto che si trattava di aids (inizia a piangere)

**M:** (silenzio, poi avvicinandosi) posso capire quanto sia difficile per lei tutto questo. Ha perso qualcuno che le era molto caro e inoltre è preoccupato per la sua salute... credo che per tutti sarebbe difficile riuscire a lavorare. Adesso le vorrei fare qualche domanda in più sul suo malessere e quindi la visiterò. Qualunque cosa emerga, avremo bisogno ancora di parlare su come possiamo aiutarla. C'è ancora qualcosa che vuole dirmi?

**P:** no... (lieve sorriso). Grazie, dottore.

(Drossmann, 1988)

Le capacità comunicative richieste ad un medico nello svolgimento di un colloquio si sviluppano su tre aree:

1. chiedere
2. ascoltare
3. restituire

**Capacità di chiedere**- le domande possono essere formulate in due modi:

- domande chiuse (prevedono risposte monosillabiche)
- domande aperte (da cui ci si aspetta una più ricca argomentazione, ritenute particolarmente utili nella fase esplorativa dell'intervista)

La letteratura (Cohen Cole, 1991) indica una strategia "a cono" per la raccolta dei dati, questa utilizza inizialmente domande aperte per poi "stringere" con domande più focalizzate e chiuse quando l'area dell'intervista diviene più definita. Quindi, in una buona intervista, durante la fase iniziale la voce del paziente dovrebbe avere maggiore spazio, successivamente, al contrario, il medico dovrebbe intervenire più frequentemente.

**Capacità di ascoltare** - una efficace metafora può suggerire l'utilità dell'ascolto nella nostra professione: "In qualità di medici abbiamo la necessità di ascoltare con entrambe le orecchie, cioè destinare simbolicamente un orecchio alla raccolta di informazioni biomediche, dedicando l'altro agli aspetti psico-sociali" (Epstein et al., 1993).

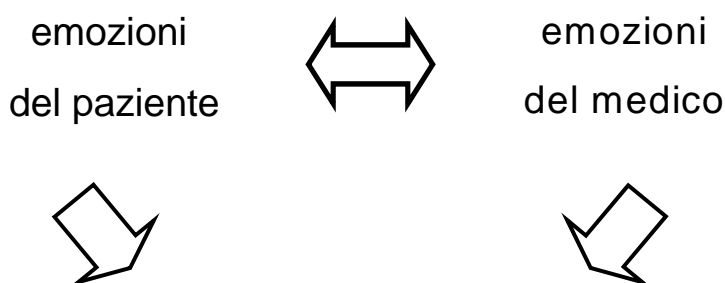
Tuttavia, dati della letteratura (Beckman & Frankel, 1984; Marvel, 1999) ci mettono in guardia:

- il tempo medio di interruzione del paziente da parte del medico è di 18 secondi
- il 54% dei pazienti viene interrotto dopo aver espresso la preoccupazione principale
- il 12 % viene interrotto prima di poter concludere l'esposizione.

**Capacità di restituire** - la restituzione delle informazioni è caratterizzata dalla direzionalità comunicativa medico-paziente. Questo importante punto del colloquio si sviluppa su due assi fondamentali; il primo in cui il medico verifica di aver compreso le informazioni ricevute dal paziente ed il secondo in cui controlla che le indicazioni date al paziente siano state correttamente recepite

## EMOZIONI E LAVORO CLINICO

Al pari di ogni relazione quella tra paziente e medico è riccamente intessuta da emozioni contrastanti che possono influenzare pesantemente l'efficacia della comunicazione.



**fraintendimento**

(confusione, non condivisione)

#### Caso clinico 4

**Medico:** ...allora, mi diceva, cosa è successo di bello?

**Paziente:** ...dunque, tre notti fa, io non lo so, qualcuno mi ha morsicato; io mi sollevo e ho detto: Dio mio, qui devo avere un ragno o qualche cosa perché mi fa molto male; pensavo che fosse l'elastico della maglietta... poi mi sono girata e ho dormito. Alla mattina avevo una bella chiazza, ma rossa e ho detto ma, non lo so; poi vedevo che c'era qualcosa che non andava... Al mattino dopo, mi alzo, mi vedo nello specchio grande e dico: ma che cosa ho sulle natiche? Io non lo so, non sentivo niente... ho tre macchie rosse. Allora lo dico a mia nipote, all'Antonella: Antonella, non hai una pomata da darmi? Così lei mi dice "ma, va be", come sono quelle macchie lì? Le voglio vedere... Arriva e mi dice "No zia, io ti do l'antibiotico e poi vai dal tuo medico".

**M:** ma, antibiotico per bocca?

**P:** per bocca. Perché mi fa: è un'infezione. Adesso...

**M:** scusi un attimo, ma quando è successo questo?

**P:** ...dunque, tre notti fa, guardi...

**M:** è successo tre notti fa.

**P:** sì, io ho sentito...

**M:** e adesso le fa male ancora?

**P:** Adesso ho capito che l'antibiotico quando l'ho preso non mi ha... anzi mi ha messo dei malesseri che io non ho mai sentito, ma io dico: ma che cosa mi sta arrivando io non lo so...

**M:** E che antibiotico ha preso?

**P:** Cefi, Cepi, guardi l'ho portato, perché dico...

**M:** Cefixoral: ne prendeva uno al giorno?

**P:** uno, eh sì, l'ho preso questo... e l'ho preso nel pomeriggio...

**M:** e adesso lei ha finito?

**P:** No, perché poi lei ha detto "tu vai dal tuo medico perché è giusto"... lei ha... loro vanno sempre in quella... ma poco tempo fa mi diceva: ma zia, ma quanto tempo è che il tuo medico non ti vede...? Beh le dico che saranno due anni che ho fatto gli esami, ma non è necessario che vada perché non ho uno di quei malesseri tanto... e le dico può darsi che pensi che vengo da voi e invece il fatto è che non ti vediamo anche noi, un po' seccata... adesso glielo dirò, mi hai portato scarogna...eh...

**M:** allora... vediamo un attimo...

**P:** allora, dico, qui non lo so... o è qualcosa

**M:** oh mamma mia... vediamo

**P:** perché poi ne ho tanti qui...

**M:** aspetti, facciamo una cosa, si mette...

**P:** ...qua sopra

**M:** sì, forse è meglio

**P:** è che mi ha lasciato anche un po'... perché, avendola in casa, dico: madonna non ti può far male, la do ai bambini... va beh, lei è pediatra, però, non per andare...

**M:** ecco, si metta sdraiata

**P:** perché su in alto io ho sentito che c'era proprio qualcosa, un ragnetto, una zanzara che sia, e infatti questo si è...

**M:** ecco, ma le dà anche prurito... le dà?

**P:** sì, in alto sì... e ieri qui avevo anche delle "cottoline"... cioè io sentivo proprio la cottola, come quando... mmh... morsica una zanzara un qualcosa...

**M:** ecco, si metta a pancia in su un attimo

**P:** perché poi mi è uscito anche qui... dico, vorrei tanto che non fosse un insetto velenoso... che non sia...

**M:** mmh... non ci sono altre cose... Ma adesso prurito non ne sente assolutamente?

**P:** no

**M:** no

**P:** no, però ho preso l'antibiotico

**M:** l'antibiotico... Ecco, ma lei ha l'impressione che stia aumentando... queste chiazze, dietro il sedere, oppure no?

**P:** questa qui si è allargata un po' di più, non so se è l'infezione che magari...

**M:** sì, va bene, no, perché io ho l'impressione che questa qui dietro sia effettivamente un insetto, una zanzara, questa qui è un po' difficile che arrivi fino qui a pungere... non sarà stato l'effetto dell'antibiotico?

**P:** no, perché l'ho preso dopo questo

**M:** dopo quello, eh?

**P:** a meno che non vada bene. Lei mi ha detto: ti do questo...

**M:** no... no beh... quindi c'era prima...

**P:** veda lei dottore, non dico io perché sa... io magari ad essere in casa, magari telefono e le dico: mi sento così, mi sento cosà, ecco però...

**M:** va bene, senta, ma io direi di fare così... questo adesso lei l'ha finito?

**P:** no no no non ne prendo più; se non devo

**M:** da quanti giorni?

**P:** no no, ce l'ho perché... due giorni

**M:** due giorni

**P:** dall'altro giorno, quando l'ho chiamata, l'ho preso, come mi ha detto lei, uno al mattino, uno nel pomeriggio

**M:** sì, certo. Va bene.

**P:** io credevo che era una cosa che si risolveva così, con una pomata, dico, ma non vado neanche dal medico per questo; invece, quando lei mi ha detto così, sono rimasta un po' così... perché dico Dio mio l'ho impressionata, poi era abbastanza...

**M:** sì, sì, è abbastanza grosso... ma senta, io direi di fare una cosa... e se domani si facesse vedere dal dermatologo?

**P:** va bene

**M:** ecco, le faccio la carta con la visita urgente...

**P:** urgente...

**M:** ...così la vede subito...

**P:** ...ecco...

**M:** però all'ospedale X

**P:** andrò all'ospedale X

(Tesio, 2005)

### Esercizio

Quali emozioni attribuireste a ciascuno dei due protagonisti durante il precedente colloquio?

L'analisi delle emozioni del paziente e del medico può esserci d'aiuto nel comprendere i fini rapporti che intercorrono tra i due soggetti.

#### Emozioni della paziente:

- non sa cos'ha
- teme sia grave
- pensa ad un "attacco" esterno
- diffidenza e sfiducia nei medici:
  - terapie approssimative
  - cure sbagliate
  - portano scarogna
- meglio curarsi da soli
- non curarsi

#### Emozioni del medico:

- non sa cos'ha la paziente (ignoranza)
- è già stata da un altro (gelosia)
- parla troppo, dice poco (irritazione)
- critica (rabbia)
- non si curerà (sfiducia)
- mandiamola da un altro (espulsione)



Normalmente i pazienti hanno difficoltà nel manifestare le emozioni. In media, infatti, il paziente, durante il colloquio, riesce ad esprimere meno del 25% delle sue preoccupazioni. Questo, nonostante la letteratura (Korskc, 1968) indichi che la soddisfazione del paziente e la sua collaborazione al piano di cura sono proporzionali al numero di preoccupazioni espresse durante il colloquio.

Dal canto loro, i medici non sentendosi in grado di esplorare il campo emotivo dei pazienti pongono difficilmente domande al riguardo.

Paure comuni del medico:

- riconoscere un'emozione, la farà crescere a dismisura
- il problema è suo, non mio!
- se ammetto di non sapere, non si fiderà più di me
- non ho tempo per queste cose
- ...

Tuttavia questi comprensibili timori sono del tutto infondati. Infatti, nella quasi totalità dei casi riconoscere le emozioni, non le fa aumentare ma anzi le mitiga. Condividere le emozioni consente di non confondersi con l'altro ed inoltre il lavoro sulle emozioni "fa risparmiare tempo e denaro".

Ecco un piccolo esempio di come l'attenzione agli aspetti comunicativi possa migliorare le patologie organiche. Questo grafico rappresenta la metanalisi di studi controllati in cui un intervento psicologico in pazienti diabetici ha stabilmente migliorato la condizione della malattia di base:

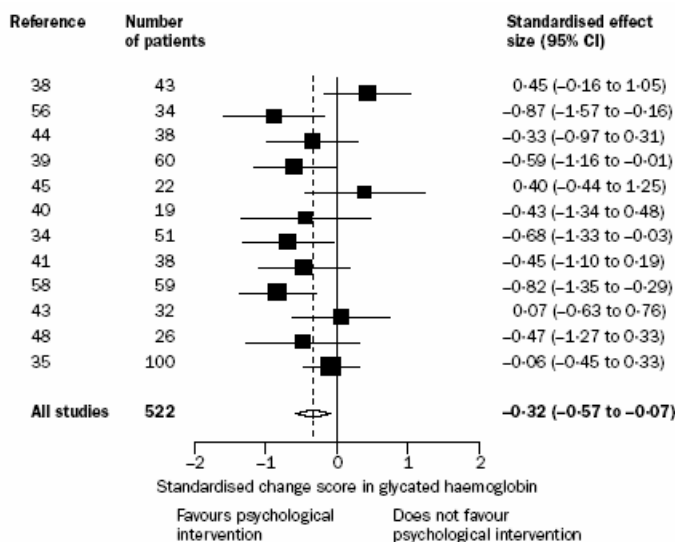


Figure 2: Meta-analysis of standardised change scores in glycated haemoglobin in psychological-intervention group compared with control group  
\*Unpublished data used for calculation of effect size.

(Khalida, 2004)

## BIBLIOGRAFIA

Balint, M. (1957) *The Doctor, his Patient and the Illness*. Pitman, London. Tr. it. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano 1961.

Beckman, H.B., Frankel, R.M. (1984) *The effect of physician behaviour on the collection of data*. *Annals of Internal Medicine*, 101, pp.692-696.

- Cohen Cole, A. S. (1991) *The Medical Interview, the Three Function Approach*. Mosby-Year Book Inc, St.Louis
- Drossmann, D.A. (1988) *Maximizing the Interview*. Videotape prodotto da Medical Sciences Teaching Laboratori, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science*, 196, pp.129-136.
- Epstein, R.M., Cambell, T.L.,Cohen Cole, A.S., McWhinney, I.R., Smilkstein, G. (1993) Perspectives on Patient-doctor communication. *Journal of Family Practice*, 37, pp.377-388.
- Korskc, B.M., Gozzi, E.K., Francis, V. (1968) Gaps in doctor-patient communication. I:Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*. 42, pp.855-871.
- Lipkin, M.Jr., Putnam, S.M., Lazare, A. (1995) *The Medical Interview, Clinical Care, Education, and Research*, Springer.
- Marvel, M.K., Epstein, R.M., Flowers, K., Beckman, H.B. (1999) Soliciting the patient's agenda have we improved? *Journal of the American Medical Association*, 281, pp.283-287.
- Moja, E.A., Vegni, E. (2000) *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, Hotopf M. (2001) Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. *BMJ*. 2001 Mar 31;322(7289):767.
- Smith RC, Lyles JS, Gardiner JC, Sirbu C, Hodges A, Collins C, Dwamena FC, Lein C, William Given C, Given B, Goddeeris J. (2006) Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2006 Jul;21(7):671-7.
- Tesio E (2005) Zanzara o tumore? Percorsi imprevisti nella comunicazione diagnostica. *La Cura*, 1: 41-43, 2005
- Weston, W.W., Brown, J.B.(1995) Overview of the patient centred clinical method. In :Stewart, M., Brown, J.B. Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (a cura di ) *Patient Centred Medicine, Transforming the Clinical method*. Sage publications, London, pp.21-30.