

Il counselling in Medicina generale: la ricerca di un rapporto empatico

Raffaele Arigliani*, Roberto Gilardi**

*Medico pediatra, docente di counselling Università di Napoli e direttore scientifico Italian medical research (Imr)

**Counsellor - docente di alla facoltà di Scienze della formazione Università di Trieste e direttore formazione Imr

Questo articolo è il primo di una serie sul counselling in Medicina generale. È tratto dall'esperienza di formazione sul campo di diverse centinaia di Mmg in tutta Italia, nell'ambito di un percorso formativo denominato "Medici in Relazione" (Mr), che sta riscuotendo grande successo a dimostrazione della sensibilità dei Mmg a queste tematiche.

Obiettivo valoriale del nostro approccio formativo è contribuire ad affermare il senso di una visione della Medicina che sia centrata sulla persona e non sulla patologia, affinché si riescano a conciliare le esigenze dell'Evidence based medicine con il significato di "malattia per me", diverso da paziente a paziente.

Gli articoli ripercorrono le tappe più significative delle giornate di formazione del corso Mr, cercando di portare il lettore, alla scoperta della relazione interpersonale da un'ottica di maggiore consapevolezza.

Acquisire maggiori abilità di counselling significa impadronirsi di strumenti che aiutano a decodificare i bisogni del paziente e dare "risposte di salute" che valorizzano le risorse e le potenzialità di

ciascun individuo, creando alleanza terapeutica, per arrivare sempre più a una relazione significativa, caratterizzata da reciproca fiducia e collaborazione.

Possiamo affermare che le buone competenze di counselling nell'operatore sanitario (Mmg ma anche pediatra o infermiere)

►► Il counselling cementa l'alleanza terapeutica con il paziente ed è fonte di gratificazione per il medico

sono fonte di maggiore soddisfazione professionale e di una migliore efficacia d'intervento¹.

Il metodo che abbiamo scelto in questa serie di articoli si basa su un lavoro di scomposizione dei vari "pezzi" che nell'insieme compongono la Relazione medico-paziente (Rmp).

In definitiva, analogamente a come durante il nostro corso di studi siamo partiti dalla fisica e dalla chimica per poi arrivare all'anatomia, alla fisiologia, alla clinica medica e infine all'ammalato, in questo articolo e nei successivi seguiremo la logica di andare a guardare la Rmp con

una lente d'ingrandimento, partendo da osservazioni apparentemente spezzettate, per poi giungere alla lettura dell'insieme.

Abbiamo chiamato le tappe di questo percorso: **osservare, comprendere e gestire** la relazione.

La lettura di questo articolo può procedere in due modi. Il primo è quello solito, rapido, soffermandosi solo sui punti che risultano d'interesse. Il secondo, che noi consigliamo, richiede una maggiore partecipazione e il realizzare quegli items che saranno di volta in volta proposti: in questo modo i concetti e le nozioni espresse saranno più facilmente compresi in riferimento alla "personale" realtà e probabilmente il tempo che verrà dedicato a questa lettura sarà più proficuo per un reale apprendimento.

Osservare la relazione: i fatti

Nella vita di tutti i giorni incontriamo molte persone e svolgiamo diverse attività.

Proponiamo quindi un esercizio: provare a descrivere un momento di una visita fatta stamane (o nel pomeriggio) che ha suscitato qualche sentimento negativo, fa-

stidio, perplessità, irritazione. Sarà utile scrivere su un foglio le proprie risposte e considerazioni. Riportiamo, a titolo di esempio, le risposte che il collega C.S. ha dato a questo esercizio, ricordando la situazione che ha vissuto con la Signora L., affetta da dermatite atopica.

«Nonostante tutti miei sforzi per cercare di capire le sue ragioni L. stamane è stata proprio insopportabile e si è mostrata saccente. Per fortuna il collega dermatologo è stato molto professionale».

In effetti C.S. ha avuto un contatto

►► L'analisi critica del proprio operato aiuta a migliorare la modalità di relazione con il paziente

con L. e con il dermatologo. In tale occasione sono avvenuti dei "fatti" che i suoi sensi hanno registrato. Lui stesso, da noi sollecitato, li ha poi così descritti: «... mi sono alzato dalla sedia per andare incontro a L. quando è arrivata; l'ho ascoltata dire le ultime novità sulla dermatite atopica che aveva sentito alla trasmissione televisiva *Elisir*; ha insistito nel volere una nuova consulenza dermatologica; le ho risposto che è una saccente se pensa di saperne più di me; ho scritto al computer le prescrizioni che ritenevo utili senza più guardarla in viso; quando è uscita ho telefonato al collega dermatologo che mi ha confermato l'inutilità della richiesta, riferendomi come dopo quella

trasmissione questa era la terza telefonata analogica che riceveva: avrebbe risolto lui la questione e così via...».

Questa è la descrizione dei fatti. Ma alla domanda "descrivi una visita fatta stamane nel tuo ambulatorio ... "il collega inizialmente non ha riportato i fatti ma valutazioni, sintesi, giudizi e interpretazioni personali su quanto è avvenuto. Ha infatti scritto: «L. si è mostrata saccente (valutazione)» e non «L. mi ha riportato alcune informazioni trasmesse da *Elisir* e mi ha chiesto una nuova consulenza dermatologica (fatto)».

I fatti sono la "fotografia" della realtà e da essi ognuno trae le proprie conclusioni.

Possiamo dire che i fatti sono "oggettivi", le interpretazioni, i pensieri, le valutazioni sono soggettive.

Se nel descrivere una relazione rimaniamo sul piano dei fatti sarà più semplice capirci perché, rimanendo sul piano oggettivo, avremo un codice comune di lettura, vi saranno minori ambiguità e possibilità d'interpretazione, con risparmio di tempo e di ener-

gie; sarà inoltre più facile riconoscere e/o gestire le emozioni, sarà come parlare la stessa lingua. Possiamo affermare, utilizzando un'espressione di Carl Rogers «I fatti sono amici» (*Tab. 1*). Ma ritorniamo alla prima descrizione della visita a L. fatta da C.S. A lui abbiamo chiesto: «Saresti descriverci le tue affermazioni da cosa nascono? Pensi che tutti i Mmg avrebbero reagito come hai fatto tu? Altre volte e in altri luoghi credi o ricordi di aver avuto la stessa reazione per situazioni analoghe?»

C.S. ci ha risposto: «Le mie affermazioni dipendevano soprattutto dal fatto che non è la prima volta che L. si comporta in quel modo. È possibile, credo, anche non arrabbiarsi, capisco che altri colleghi non si sarebbero irati, io stesso altre volte mi sono comportato diversamente».

In altre parole potremo dire che i fatti rimangono (sono la fotografia della realtà!) e osservare significa attivare i propri sensi, la propria apertura al mondo sensibile. La nostra interpretazione dei fatti, però, dipende da molteplici fattori: dai nostri valori,

TABELLA 1 IL VANTAGGIO DEI FATTI NEL DESCRIVERE UNA RELAZIONE

- Maggiore chiarezza
- Minore ambiguità e possibilità d'interpretazione
- Risparmio di tempo e di energie
- Riduzione della minaccia alla stima
- Permanenza sul piano oggettivo
- Impiego di un codice comune per comunicare
- Maggior controllo gestionale delle emozioni

dalla conoscenza e dalla storia di chi incontriamo, dal contesto, dal ruolo che ricopriamo, dal nostro stato d'animo del momento, dal sentirsi più o meno bene, dalla folla in ambulatorio e così via (Tab. 1).

È molto interessante e per molti colleghi è una vera sorpresa constatare, quando durante il corso Mr proponiamo esercizi di questo tipo, come sia usuale per noi medici (ma un po' per tutti) "interpretare" e non "osservare" la realtà, e come tale l'interpretazione o la lettura siano spesso diverse anche tra colleghi che vivono la stessa situazione professionale (Tab. 2).

Ancora un esempio. Consideriamo sempre la paziente L. in un'altra occasione. Entra nell'ambulatorio, si siede, si gratta la mano affetta da dermatite e dice: «Come sa lavoro all'ufficio postale e sono a disagio nel rapporto con gli altri che, quando consegno la ricevuta o il denaro, guardano le mie mani rovinare» e si mette a piangere.

Invitiamo perciò il lettore a scrivere quale idea si è fatto della situazione emotiva di questa paziente.

Alcuni avranno scritto: «È depressa», questo, però, non è un fatto, bensì un'ipotesi.

Altri invece: «Ha un calo di autostima», non è un fatto, ma un pensiero organizzato.

Altri ancora: «L. esagera i problemi e non riesce a vederli nella giusta dimensione».

Se volessimo limitarci ai "fatti" potremo semplicemente afferma-

TABELLA 2 SOGGETTIVITA' NELLA LETTURA DEI FATTI

Nell'attribuire ai "fatti" un significato noi stessi siamo condizionati da diversi fattori:

- » la nostra esperienza precedente
- » i nostri valori
- » il nostro stato d'animo

- » il contesto in cui siamo
- » il ruolo che ricopriamo
- » l'altra persona
- » il momento
- » il luogo

re: «L. sta ammettendo, con grande coinvolgimento emotivo, di essere a disagio sul lavoro a causa della dermatite».

Le risposte precedenti non sono una "descrizione" ma nascono al contrario dal significato attribuito a questi fatti.

Quindi, se un medico interpreta la paziente che piange come "piagnona" o fragile, può tendere a svalutare la componente psicologica o a non dare sufficiente peso al problema.

Insomma, il nostro agire dipende in grande misura dal significato che attribuiamo ai fatti, il più delle volte (ahimé) senza assicurarci che gli altri, agli stessi fatti, attribuiscono lo stesso significato, e senza preoccuparci di come i fatti vengono percepiti dal nostro interlocutore.

Questo atteggiamento può divenire un elemento critico nella relazione e nel successivo percorso diagnostico terapeutico con il nostro paziente: non possiamo dare per scontato che egli dia alla sua ipertensione o diabete o dermatite lo stesso rilievo che diamo noi, né che gli stessi fatti che ci riporta abbiano per lui il "significato" che noi attribuiamo. Per "risparmiare energie", per

essere "efficaci nella risposta e nel percorso diagnostico-terapeutico", per rispondere alla domanda vera del paziente (molto spesso non espressa in maniera esplicita) la capacità di andare al di là della nostra lettura dei fatti sarà frutto della "relazione empatica", come avremo modo di illustrare in maniera più approfondita in seguito.

Comprendere la relazione: il paradigma del semaforo

Nella situazione prima descritta, il medico ha di fronte una paziente che parla della sua difficoltà di lavorare in un posto a contatto con il pubblico, in particolare dell'impatto che hanno su di lei gli sguardi delle persone che incontra e che vedono la sua patologia.

Cosa prova un medico di fronte a questo fatto? E nei confronti del racconto e del pianto della paziente quali sentimenti lo animano?

Nella relazione medico-paziente è essenziale avere coscienza "di dove siamo noi".

Per facilitare la comprensione degli eventi relazionali a partire dal medico, useremo uno stru-

mento grafico, una schematizzazione che ha ovviamente il limite di operare una semplificazione della realtà relazionale complessa. Chiameremo questo strumento **semaforo** (Fig. 1) perché, proprio come un semaforo, ha tre cerchi che si accenderanno a seconda dei sentimenti che il medico prova in relazione al paziente.

Immaginiamo che tutti gli eventi relazionali, i fatti che compongono la relazione, siano contenuti nell'area blu scuro. Pensiamo a tutto ciò che possiamo descrivere come eventi relazionali di una nostra giornata di ambulatorio: una richiesta di certificato, una telefonata per visita domiciliare, una richiesta di informazioni e così via. Il semaforo, e le sue tre aree con relativi colori, servono a isolare e riconoscere alcune ti-

►► **Il semaforo relazionale**
simboleggia gli stati d'animo del medico verso il paziente

pologie di situazioni. Il modo in cui possiamo riconoscerle è condizionato dalla dimensione emotiva delle persone coinvolte nell'evento relazionale.

Nell'area verde possiamo collocare tutti gli eventi relazionali che leggiamo come: «Ho di fronte una persona in difficoltà, con un disagio, con una richiesta e io sono intenzionato e mi trovo nelle condizioni oggettive per esserle di aiuto». In questa area verde possiamo immaginare tutte le situazioni in cui il paziente sta

vivendo sentimenti negativi o ha bisogno di aiuto, mentre il medico è sereno ed in grado di dare aiuto. Per esempio: «Dottore ho problemi di cute secca, può aiutarmi?»

Quando un medico si trova nell'area verde è in condizioni di puntare a un rapporto "empatico".

Una seconda tipologia di situazioni rientrano nell'area gialla, nella quale rientrano tutte quelle che leggiamo come: «In questa situazione c'è qualcosa che non mi quadra, che per me è inaccettabile, che non condivido o che proprio ritengo inopportuno». Per esempio «Dottore per la mia dermatite vorrei che mi prescrivesse la crema ABC che la mia vicina di casa mi ha detto essere più efficace di quella che sto usando» oppure «Dottore, poiché ho molto da fare le chiederei di

passare lei da casa a controllare la dermatite che mi affligge». Da un punto di vista emozionale, in questa area gialla, è il medico che sta provando sentimenti negativi. Esistono altre tipologie relazionali che rientrano nell'area rossa. In quest'ultima possiamo inserire tutti gli eventi relazionali che vengono rappresentati sotto la dicitura di conflitto. Per esempio: La paziente: «Voglio fare un'ulteriore visita dermatologica nell'ospedale...» Il medico: «Ma se ha già consultato tre dermatologi nell'ultimo mese?» La paziente: «Ho capito: lei non vuole scrivermi la richiesta». Nell'area rossa si inscrivono tutte quelle situazioni che leggiamo come: «In questa situazione c'è qualcosa che mi risulta inaccettabile, che non condivido o trovo inopportuno; d'altro canto anche l'altra perso-



FIGURA 1 - Il semaforo della relazione: esempi di rapporto medico-paziente che rispecchiano le tre diverse segnalazioni del semaforo. Verde: rapporto empatico; giallo: sentimenti negativi del medico; rosso: sentimenti negativi di entrambi.

na sembra essere in difficoltà, arrabbiata piuttosto che a disagio». Da un punto di vista emozionale entrambe le parti sono mosse da sentimenti negativi.

È da sottolineare come le diverse aree (verde, giallo, rosso) “si accendono” in maniera spesso diversa per ciascuno di noi. Ciò è determinato dalla “lettura soggettiva” degli avvenimenti ma anche dalle “motivazioni” e dalle “contingenze” che si vivono. In definitiva nella relazione possono accendersi aree diverse, che cambiano da medico a medico e non sono fisse per la stessa situazione, neppure per il singolo medico. Inoltre si possono accendere “luci” diverse nel corso di una stessa visita di pochi minuti. Per esempio con la stessa paziente potrebbe avvenire una visita di questo tipo: «Dottore ho problemi di pelle secca, può aiutarmi? (**semaforo verde**), anzi, per essere sincera vorrei che mi prescrivesse la crema ABC che la mia vicina di casa mi ha detto è molto più efficace di quella che sto usando (**semaforo giallo**): è che proprio non sto risolvendo il problema. Ho deciso: voglio fare un’ulteriore visita dermatologica in ospedale...» Il medico: «Ma se ha già consultato tre dermatologi nell’ultimo mese?» La paziente: «Ho capito: lei non vuole farmi la richiesta» (**semaforo rosso**).

La relazione e in particolare le abilità di comunicazione correlate alle diverse aree, non possono essere considerate alla stregua di un galateo della relazione.

L’empatia e l’ascolto empatico af-

frontati in questo articolo, non vogliono essere qui considerati in modo autonomo e slegato dai significati e dalle attribuzioni di valore personali. Il fare può e vuole trovare origine nel proprio essere.

Dove siamo, rispetto al semaforo, in questa relazione e in ciascuna relazione che abbiamo nel nostro ambulatorio?

Comprendere ciò significa accrescere la consapevolezza di quali sono i nostri “sentimenti” ed “emozioni” e questo è il primo passo per arrivare ad una relazione empatica. Non è infatti realistico pensare che si possa avere una relazione empatica se le aree attivate sono la gialla o la rossa e che la prima cosa a cui puntare con il paziente sia una relazione empatica. Questo è un traguardo cui puntare solo quando siamo nell’area verde.

Possiamo invece imparare a gestire le dinamiche relazionali quando sono nell’area gialla o rossa, per rientrare così in quella verde, ma di ciò parleremo nei prossimi articoli.

Gestire la relazione: il rapporto empatico

In realtà ciò che noi facciamo nel momento in cui si accende l’“area verde”, è certamente differente dal nostro comportamento nell’area gialla o nell’area rossa. Se riconosciamo un disagio nell’altro e noi siamo sereni nel poterlo affrontare, siamo nelle condizioni ottimali per esercitare la nostra professione. Se ricono-

sciamo un disagio nostro, sono le nostre esigenze ad essere minacciate: siamo noi a essere in difficoltà. Da più parti e sempre più spesso si legge: c’è bisogno di riconquistare un rapporto empatico-medico-paziente. Andando in profondità ci si rende però conto che con il termine “empa-

►► L’empatia non è solo comprensione ma anche immedesimazione

tia” si intende spesso dire cose diverse, a seconda del contesto e degli autori, e ciò è fonte di equivoci sostanziali. Pertanto c’è bisogno di intenderci sul significato che attribuiamo al vocabolo, concordare su una definizione operativa.

Empatia è la capacità di vedere il mondo con gli occhi dell’altro, e avere informazioni dal suo punto di vista, sia razionale sia emotivo. Entrare nel mondo dell’altro, nei suoi pensieri, nei suoi valori, nei suoi significati, anche se sono diversi dai nostri.

Entrare in contatto non solo con ciò che pensa ma anche con ciò che prova (vissuti, emozioni, significati). Si tratta di mettersi nei panni dell’altro, vivere per un po’ “come se” si fosse veramente lui/lei.

Ma perché vi sia realmente un rapporto empatico tutto ciò non basta: è necessario che l’altro si accorga, percepisca il nostro sforzo di guardare il mondo dal suo punto di vista^{2,3}.

È questa un’affermazione di gran-

Empatia

Si può definire come «la capacità di vedere il mondo con gli occhi dell'altro, e avere informazioni dal suo punto di vista; da un punto di vista sia razionale sia emotivo, quindi non solo ciò che il paziente pensa ma anche ciò che prova (vissuti, emozioni, significati)». Perché scatti un rapporto empatico bisogna però che l'altro si renda conto del nostro sforzo.

Empatia è quindi:

- Entrare nel mondo dell'altro, nei suoi pensieri, nei suoi valori, nei suoi significati, anche se sono diversi dai nostri.
- Mettersi nei panni dell'altro, vivere per un po' "come se" fossi veramente lui/lei.

de impegno: guardare il mondo con gli occhi dell'altro e avere informazioni dal suo punto di vista. Un po' come dire, per esempio, che ci viene chiesto di guardare il mondo dall'altezza degli occhi del bambino che stiamo visitando. Se proviamo a metterci fisicamente all'altezza dei suoi occhi il mondo ci sembrerà diverso: la sedia diverrà grande, l'infermiera sembrerà un gigante. Ma ci vien chiesto di più: provare ciò che lui prova! Come possiamo provare l'emozione di un bimbo che vede per la prima volta un tramonto o che scopre la neve? O di un padre cui dobbiamo rileva-

►► Il rapporto empatico impone al medico notevole impegno, forza e costanza

re che è affetto da un cancro che in poco tempo lo porterà alla morte? O di una donna che si sente discriminata a causa delle sue mani rovinare?

Ma anche se riusciamo a immedesimarci, a provare, in qualche misura, ciò che l'altro prova, questo non basta. Empatia è qualcosa di più ancora: dobbiamo fare in modo che colui che ci sta di fronte si accorga del nostro sforzo di guardare, in qualche modo, in qualche misura, il mondo "dal suo punto di vista". Se ciò avviene, se in qualche misura avviene, si potrà parlare di rapporto empatico.

Se avviene "in qualche misura" e quindi almeno in parte, è proprio questa dimensione di "almeno un po'" che rende concreto qualcosa

che altrimenti sarebbe utopico. Da ciò derivano le "scale di empatia", sviluppate dalla moderna psicologia, che permettono di misurare il "grado di empatia" in una relazione.

La relazione medico-paziente si inquadra tipicamente nella categoria di "relazione d'aiuto" professionale. Per definizioni la relazione d'aiuto è asimmetrica: c'è relazione d'aiuto quando qualcuno che ha bisogno d'aiuto lo chiede al professionista del settore. Il rapporto empatico medico-paziente ha quindi caratteristiche comuni alle altre tipologie di professioni definite come relazione d'aiuto (quale, per esempio, quella dello psicoterapeuta, del counselor, dell'educatore, dell'infermiere e così via).

La più importante e sostanziale norma nelle "professioni d'aiuto" è che, per arrivare a un rapporto empatico, il professionista deve essere in condizione di non perdere la sua forza, la sua sicurezza, i suoi punti di riferimento. Di questo il paziente deve rendersi conto: egli deve poter vedere nel medico colui che condivide ciò che lui prova e che, proprio perché mantiene la sua solidità, diviene un porto sicuro ove riferirsi e scaricare i reali bisogni. Un riferimento di luce in una situazione di buio (un esempio è il colloquio riportato nella scheda a pagina 27).

Con una metafora il paziente si può paragonare a qualcuno che sta affogando e che noi abbiamo il desiderio e la possibilità di aiutare. Puntare a un rapporto em-

patico significa entrare in acqua con lui, partecipare a ciò che sta vivendo. Purtroppo il mio aiuto potrà esserci realmente soltanto se rimarrò con i piedi ben saldi sulla sabbia: gli porgo la mano, lo metto in condizione di afferrarla, ma la scelta di afferrarla sarà sua, sua la responsabilità di venire fuori dall'acqua. Se nella relazione il professionista perde queste caratteristiche di indipendenza e sicurezza, scivolerà in una pericolosa relazione "simpatica" e non più empatica. Ciò avverrà se il coinvolgimento sarà tale da fargli perdere i punti di riferimento, fino a lasciarsi travolgere dalle emozioni, dai sentimenti, dai bisogni dell'interlocutore, tanto da annegare con lui che affoga: non sarà più di aiuto e avrà tradito, nella sostanza, la fiducia che il paziente aveva riposto in lui. Ma avrà tradito anche sé stesso, perché nella sostanza avrà fallito come professionista, pur se animato dalle migliori intenzioni. Molte delle insoddisfazioni dei medici che incontriamo nascono da situazioni del tipo «Do tutto

me stesso ai pazienti, mi lascio travolgere dalle loro sofferenze, non ho più orari, ma in effetti mi sembra di essere uno zerbino, quasi senza più una vita privata, e questo mi sta distruggendo».

Rimanere ben saldi nella propria identità non è incompatibile con il desiderio di guardare il mondo con gli occhi dell'altro. Al contrario, quanto più si è sicuri di sé, tanto meno si ha paura "di perdersi" nel mondo dell'altro. Un po' come i soldati nella prima Guerra mondiale: quanto più erano sicuri della propria trincea, e quindi della possibilità di ritirarsi all'occorrenza, tanto più avevano il coraggio di spingersi lontano. La capacità di "essere in contatto con sé stessi", con i propri bisogni ed emozioni, è una caratteristica chiamata "congruenza". Essa, insieme al coraggio di farsi vedere per quello che si è, essere cioè "trasparenti a..." diviene uno dei capisaldi per sviluppare un'efficace relazione d'aiuto, fino ad arrivare al desiderato rapporto empatico.

Una domanda che frequentemente ci viene posta dai medici che incontriamo in tutta Italia è: «Nella pratica quotidiana è realistico puntare a una qualche misura di rapporto empatico nelle diverse situazioni che affrontiamo, con il ritmo incalzante nel nostro ambulatorio e i tanti problemi che abbiamo?» Tutto questo è bello, ma la risposta non è né semplice né scontata.

Intanto prendiamo atto che le diverse "relazioni" nelle quali si voglia puntare a un rapporto

empatico richiederanno un coinvolgimento emotivo e una fatica diversi, ma è senz'altro possibile passare dalla misurazione della pressione, al dialogo con il paziente affetto da cancro, alla prescrizione banale, avendo con ogni interlocutore un rapporto empatico⁴.

È tuttavia poco realistico affermare che attuare un rapporto empatico sia semplice: è sicuramente faticoso, è spesso difficile e in alcuni casi impossibile (quando noi siamo nell'area gialla o in quella rossa). Si può decidere di non avere un rapporto empatico, per tanti motivi: per esempio per paura, paura di "fare" male (comunicazione di diagnosi infauste), per la propria dif-

►► L'instaurarsi dell'empatia può essere ostacolato da numerosi fattori, spesso legati a esperienze negative

ficoltà nell'affrontare le emozioni che l'altro sta vivendo; o per paura di "farsi male", casomai perché la situazione che il paziente vive l'abbiamo vissuta o la stiamo vivendo anche noi e non abbiamo alcuna voglia di riviverla, sia pure "in qualche misura".

Così ricordo un fatto realmente successo, raccontato da un pediatra: «Mia figlia, già dai primi mesi e almeno fino ai 4 anni è stata affetta da un dermatite atopica tra le più brutte che abbia mai visto. Nonostante tutti i ten-

tativi di terapia la bambina soffriva di un prurito intenso, che la portava a grattarsi fino a lesionarsi la pelle e farsi uscire il sangue. Spesse volte mi capitava che dalla mia stanza sentivo il rumore della unghie della bambina che, lamentandosi sommessamente nella sua stanzetta, si grattava la cute. Sapevo che la mattina avrei trovato le lenzuola macchiate di sangue e lei con la pelle martoriata, ma sapevo anche che se fossi intervenuto in quel momento per cercare di non farla grattare, la piccola sarebbe scoppiata a piangere, perché troppo forte era il prurito e la necessità che sentiva di lenirlo in qualche modo. Era per me una doppia sconfitta, come padre e come pediatra. Oggi, con il passare del tempo e con le moderne terapie, la bambina è sostanzialmente guarita. Ma questa situazione è stata per me così impegnativa dal punto di vista emotivo che per diversi anni, quando mi capitava un paziente con dermatite atopica, non avevo alcuna voglia di entrare in empatia, non avevo alcuna voglia di "vivere in qualche misura" il suo dolore e il suo disagio. Farlo, infatti, avrebbe rievocato il mio dolore. Mi limitavo quindi ad una visita rapida, spesso all'invio da un collega dermatologo, altro che rapporto empatico!»

Sulla relazione empatica altre domande frequenti sono: «Perché devo puntare a una relazione empatica? Io sono un tecnico della "patologia", non un sacerdote

o uno psicologo. Non è mio compito curare la “psiche” del paziente, né “consolarlo”: lui mi chiede di guarirlo dalla dermatite, o curargli al meglio il diabete o il reflusso gastroesofageo. Inoltre il Ssn, la Asl e l’Ospedale mi chiedono di applicare il protocollo, attenermi alle linee guida, risparmiare il più possibile nell’iter diagnostico-terapeutico. Cosa c’entra l’empatia con tutto questo? Perché non essere “asettici” e applicare alla lettera il protocollo?»

Riportiamo su questo argomento quanto scritto da Veronesi⁵: «Negli anni Sessanta sono nati i famosi protocolli diagnostico-terapeutici, ovvero linee-guida a cui fare riferimento per ogni tipo di malattia. L’obiettivo era di evitare le grandi difformità di trattamento molto diffuse nell’Italia di allora, quando ogni primario decideva autonomamente, magari senza tener conto delle conoscenze più attuali. Occorrevano quindi indicazioni di massima, da tenere presenti ma non da seguire alla lettera. In realtà è successo il contrario: il protocollo è diventato un riferimento obbligatorio, una specie di “testo sacro” che non si può infrangere. Oggi molti medici vedono il paziente e, fatta la diagnosi, subito consultano il famoso protocollo, applicandolo alla lettera. Questa posizione ormai non è più condivisibile. La malattia, per definizione, è presente in quanto viene vissuta dalla mente della persona. È inadeguato classificare una patologia se non si comprende come

essa viene vissuta: è l’esperienza psichica - il passato, il futuro, le aspettative, lo stato di ottimismo o di pessimismo – che regola la gravità o meno di una malattia. La stessa malattia può essere dunque leggera, grave o gravissima a seconda di come è percepita dal soggetto interessato. È giunto il momento di ritornare a una terapia e a un rapporto sempre più individualizzato. Non si può usare la stessa terapia per chiunque, senza tener conto delle caratteristiche individuali di o-

►► Il rapporto con il paziente non deve esaurirsi nella sola applicazione di linee guida

gnuno. È una distanza che va colmata al più presto e tocca proprio alla classe medica (operatori sanitari) fare dei passi per ricreare un rapporto di empatia... ».

Un medico riportava una sua esperienza a sostegno di quanto dice Veronesi: «Una mia paziente è morta lo scorso anno a distanza di 4 anni dalla diagnosi di cancro al seno. Lei aveva tre figli miei assistiti e, soprattutto nell’ultimo anno, mi capitava di andare a casa a visitarli perché, a causa delle sue condizioni, non poteva accompagnarli in ambulatorio. Questa donna, che era ben consapevole della gravità della sua situazione, ha voluto fare di tutto e di più: qualsiasi terapia, qualsiasi farmaco sperimentale veniva ipotizzato, lei si candidava ad usarlo. Diceva: «il mio obiettivo è

regalare, per quanto posso, un giorno in più della mia vita ai figli, trascorrere con loro anche un solo giorno in più». Non l’ho mai sentita lamentarsi, ma ogni volta mi ripeteva questa stessa frase. Ho visto tante donne affette dallo stesso male, e ho preso coscienza che veramente non si può classificare una patologia, scegliere l’iter terapeutico, se non la si legge oltre l’Evidence based medicine, riferita cioè al singolo paziente».

Vale la pena di sottolineare che il mondo medico oggi è concorde nell’affermare che salute non è sinonimo di sola assenza di malattia⁶, bensì di globale benessere bio-psico-sociale (che sintetizzeremo nella parola **sanità**) dell’individuo.

Un ruolo essenziale per il raggiungimento della sanità è svolto dal contesto ambientale, economico, sociale e, in maniera assai rilevante, dall’insieme delle relazioni che il soggetto costruisce con gli altri, con se stesso, con la propria gerarchia di valori.

La capacità di vivere in positivo la malattia può quasi far passare in secondo piano lo stesso decadimento delle condizioni biologiche, tanto da poter affermare di avere incontrato persone che, pur con patologie gravi erano serene e spesso sorridenti, in una dimensione quasi paradossale di sanità. Così osserviamo che la malattia viene vissuta con differente forza da chi è circondato da affetto ed è ancora capace di darne, rispetto al degrado che circonda il malato e la malattia stessa quan-

Due esempi di colloquio

Per mettere in pratica i concetti descritti nell'articolo vengono proposti due colloqui impostati in cui medico e paziente, impiegata in un ufficio postale, assumono atteggiamenti e toni completamente diversi. Il motivo della visita è una dermatite persistente alle mani. Il lettore è invitato a rilevare le differenze tra i due dialoghi e a esprimere le proprie considerazioni, sulla base di quanto è illustrato nell'articolo.

Colloquio *disease-centered*

M. Buongiorno... come sta... è da molto che non si fa vedere

P. Buongiorno...

M. Che problemi ci sono?

P. Dottore... mi succede che la mia dermatite alle mani è peggiorata... Ieri a Elisir, sa la trasmissione televisiva... hanno detto che ci sono novità sulla terapia. Vorrei pertanto che mi prescrivesse una nuova consulenza dermatologica...

M. Mai lei crede a tutte le cose che sente in TV? Guardi che sulla dermatite di cui lei soffre siamo andati a fondo, e d'altronde lei ha fatto la consulenza dermatologica solo due mesi fa. Ma ha realmente fatto la terapia secondo le modalità che io stesso le avevo consigliato?

P. (*mostrando le mani da dietro la scrivania*) In effetti... sì, ho seguito la terapia, anche se per qualche giorno ho dovuto interromperla... Il problema è che la cosa mi sembra che anziché risolversi vada a peggiorare o almeno... non riesco a vedere una soluzione...

M. (*dando un rapido sguardo alle mani e poi continuando a guardare il monitor del computer, battendo sulla tastiera*) A me non sembra granché peggiorata dalla scorsa settimana. (*continua a parlare visibilmente seccato*) Guardi che, come le spiegai l'altra volta, stiamo applicando il protocollo terapeutico consigliato dalle linee guida. Lei però non può pretendere che la Medicina faccia miracoli. E poi, mi scusi, ma se io le dico che deve fare un certo tipo di terapia e lei, per motivi suoi mi dice che non l'ha fatta, non può poi venire a dirmi che "la terapia non funziona", le sembra?

P. (*alzando la voce*) Io comunque credo che nel mio caso non siano state considerate le moderne conoscenze e voglio parlarne con il dermatologo...

M. (*anche lui alzando la voce*) Allora lei pretende di saperne più di me? Guardi io parlo solo nel suo interesse. Comunque se ha voglia di buttare del denaro: ecco la richiesta per la visita dermatologica, (*con un sorrisetto ironico*) così sarà contenta...

P. (*uscendo dall'ambulatorio con il viso aggrottato e visibilmente seccata*) Arrivederci e grazie.

Colloquio *patient-centered*

M. Buongiorno... come sta... è da molto che non si fa vedere!

P. Buongiorno...

M. Che problemi ci sono?

P. (*mostrando le mani con aspetto visibilmente preoccupato*) Dottore... mi succede che la mia dermatite alle mani è peggiorata... Ieri a Elisir, sa la trasmissione televisiva... hanno detto che ci sono novità sulla terapia. Vorrei pertanto che mi prescrivesse una nuova consulenza dermatologica...

M. Mi sembra che la dermatite rappresenti per lei un problema significativo e che non sia soddisfatta di come sta procedendo la cura...

P. (*con voce esitante*) In realtà devo ammettere che non sono riuscita a seguire con precisione le sue indicazioni... sa il mio lavoro e i molti problemi che ci sono in famiglia... devo sempre pensare a tante cose che mi resta poco tempo per me. Se solo ci fosse un'alternativa con un farmaco più rapido, così come dicevano in TV... Le mie mani potrebbero migliorare notevolmente e anche io mi sentirei meglio, dato che lavoro a contatto con la gente

M. Quindi il suo desiderio è di avere risultati migliori ma anche di fare una terapia di minor impegno...

P. (*abbassando lo sguardo e con un poco di imbarazzo*) Esattamente, per questo pensavo di andare di nuovo dal dermatologo, che magari mi potrebbe dare quella cura miracolosa della televisione. Lei cosa ne pensa?

M. (*con tono deciso e rassicurante*) Ma guardi, se lei è d'accordo, forse potrei suggerirle un strada che mi sembra migliore e soprattutto le potrebbe fare risparmiare tempo e denaro. Potrebbe provare a usare l'associazione di farmaci ABC in sostituzione dell'attuale terapia con BCA. Se poi i risultati non fossero soddisfacenti, a quel punto potremo cercare altre soluzioni. Cosa ne dice?

P. Dottore, io mi fido di lei, che riesce sempre a capirmi! Faccio allora questa terapia e la terrò aggiornata. (*uscendo soddisfatta e sorridente*) Arrivederci e grazie veramente di cuore.

do manca una rete di relazioni positive e/o la vita perde per lui di significato.

Il percorso, la distanza tra l'Ebm o la linea guida e il paziente che viene nel nostro ambulatorio, la reale possibilità di applicare le conoscenze generali al singolo, vedono un "ponte" possibile proprio nell'instaurarsi tra medico e paziente di quel reciproco rapporto di fiducia, di onesta collaborazione, che in altri termini è definito alleanza terapeutica⁷.

È questo il "goal" gestionale di ogni medico, particolarmente del Mmg. La capacità di personalizzare la cura, coinvolgere attivamente il paziente nella scelta del percorso diagnostico-terapeutico e, come si direbbe in altri termini, aumentare il suo *empowerment*, ha un importante effetto collate-

rale: aumenta l'efficacia dell'intervento terapeutico^{8,9}!

Accrescere le abilità di relazione e comunicazione efficace del medico, è pertanto una necessità improcrastinabile dell'iter formativo del corso di studi, tanto da rientrare negli obiettivi prioritari dell'aggiornamento medico continuo (Ecm) per gli operatori sanitari indicati dal Ministero della Salute¹⁰.

Concludendo si potrebbe dire che sviluppare un rapporto empatico ha tre livelli di vantaggio. Il primo, il livello oggettivo, ha un correlato di utilità in termini di facilitare l'acquisizione di informazioni, di aumentare il livello di fiducia e collaborazione, diminuire il rischio di revoche immotivate o possibilità di denunce.

Il secondo livello, definito soggettivo, è legato ai sentimenti di

soddisfazione e gratificazione che un medico prova quando sente di operare al meglio nella sua professione, nel creare relazioni positive che diventano veicolo di condotte di salute, nel sentire la considerazione e la stima dei propri pazienti.

Il terzo livello, che possiamo definire trascendente, viene investito da un tipo di vantaggio né tangibile oggettivamente, come le informazioni o le revoche evitate, né percepibile soggettivamente, come la soddisfazione. Trascendente perché esce dalla logica della mera soggettività e diventa vantaggio collettivo, sociale, culturale, nei suoi significati simbolici più profondi ed attiva dinamiche utili a costruire un mondo in cui venga riconosciuta la dignità e il valore di ogni individuo. ■

BIBLIOGRAFIA

- ▶▶ 1 Bert G., Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002
- ▶▶ 2 Bellet PS, Malloney MJ. *The importance of empathy as an interviewing skill in medicine*. JAMA 1991; 266:1831-1832.
- ▶▶ 3 Hojat M, Gonnella JS, Nasca T, Mangione S, Vergare M, Magee M. *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty*. Am J Psychiatry 2002; 159:1563-9.
- ▶▶ 4 Coulter A: *Paternalism or partnership?* BMJ 1999;319:19
- ▶▶ 5 Veronesi U., Una carezza per guarire. Sperling & Kupfer, 2004.
- ▶▶ 6 World Health Organization, *Carta di Ottawa per la promozione della salute*, Ottawa 17-21 Novembre 1986
- ▶▶ 7 Martin DJ, Garske JP, Davis MK. *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review*. J Consult Clin Psychol 2000; 68:438-450.
- ▶▶ 8 Bower P. et al. *Meta-analysis of data on costs from trials of counselling in primary care: using individual patient data to overcome sample size limitation in economic analysis*. BMJ 2003; 326:1247.
- ▶▶ 9 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ. *Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure*. Hypertension 2003; 42:1206-1252.
- ▶▶ 10 <http://www.ministerosalute.it/ecm/ecm.jsp>