



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TARANTO

## **Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale**

**Triennio 2011-2014**

*Regione Puglia*

*Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Taranto*

*Tesi di Formazione*

### **LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE IN MEDICINA GENERALE: STRUMENTO DI EFFICACIA TERAPEUTICA**

**Medico in Formazione:**

**Dr.ssa Caterina Caré**

**Relatore:**

**Dr. Cosimo Antonio Raho**

*Ogni paziente dovrebbe sentirsi un pó meglio  
dopo la visita del medico,  
a prescindere dalla natura della sua malattia.  
(Warfield Theobald Longcope)*

# INDICE

<b>1 – INTRODUZIONE</b>	<b>4 - 7</b>
<b>2 - LA RELAZIONE MEDICO- PAZIENTE</b>	<b>8 - 16</b>
<b>3 - LA COMUNICAZIONE</b>	<b>17 - 42</b>
3-1: Strumenti di comunicazione efficace nella relazione medico-paziente.	
<b>4 - L’EMPATIA</b>	<b>43 - 59</b>
4-1: Correlazione tra empatia del medico e complicanze delle malattie	
<b>5 - IL COUNSELING</b>	<b>60 - 67</b>
5- 1: Le fasi del counseling e l’ascolto attivo	
<b>6 - CONCLUSIONI</b>	<b>68 - 74</b>
<b>7 - BIBLIOGRAFIA</b>	<b>75 - 78</b>

# 1 – INTRODUZIONE

Il medico di medicina generale è la figura di riferimento per ogni problema che riguarda la salute del proprio assistito.

Da molti anni ormai si parla del rapporto medico-paziente e di come questo influisca su alcune variabili eterogenee tra loro, quali la *compliance*, la soddisfazione del paziente, la visibilità del Sistema Sanitario e la qualità percepita di esso.

Considerando il momento storico della medicina in Italia e nel resto del mondo, risalta subito un'insoddisfazione generale sia di alcuni pazienti nonché di alcuni medici.

Purtroppo si è registrato un enorme numero di denunce per *malpractice*, il cui denominatore comune è la cattiva relazione medico-paziente. Fortunatamente si parla anche di

buona sanità. Elemento comune delle segnalazioni positive o negative è la relazione medico-paziente, la centralità della persona. Nelle lettere di pazienti che elogiano il buon trattamento avuto, si parla molto di accoglienza, di ascolto, umiltà, di umanità, di comprensione.

Attualmente, il sentimento di frustrazione che alcuni medici presentano, si può ricondurre ad Aziende Sanitarie che impongono controlli serrati a spese, note AIFA, fondi...

Molti utenti, invece, hanno la tendenza a diventare sempre meno “pazienti” e subire continuamente l’influenza dei media e di internet. Aumenta in essi il loro bisogno di “benessere”, di eterna giovinezza e rincorrono medici, medicine e accertamenti pensando di soddisfare in tal modo i loro bisogni. Questo può portare ad una spirale diabolica di richiesta, prescrizione, induzione di nuovi bisogni,

altre richieste, altre prescrizioni. Il cerchio si chiude, generalmente, con un'insoddisfazione da entrambe le parti.

Un approccio metodologico al paziente di tipo puramente teorico-intellettuale è insufficiente se disgiunto dall'altrettanto importante componente pratico-emotiva.

Alcuni studi scientifici in effetti dimostrano che se un paziente è soddisfatto dell'incontro con il medico di medicina generale e stabilirà con lui una certa empatia, ci sarà un importante incentivo alla *compliance* terapeutica.

Durante il tirocinio svolto negli studi di medicina generale, ho potuto direttamente constatare come, la capacità del medico di famiglia di saper impostare un corretto approccio con il paziente, sia, a mio modesto avviso, una base fondamentale nella pratica quotidiana. Anche pazienti complessi da gestire per carattere e situazione socio-sanitaria, arrivano

a modificare il loro atteggiamento da negativo in positivo nell'affrontare la malattia o i problemi minori di cui soffrono, con molteplici benefici.

Così anche il medico, di fronte ad un paziente che assume un atteggiamento sereno, trae vantaggi importantissimi per una prosecuzione appagante e stimolante della sua lunga carriera professionale.

## 2- LA RELAZIONE MEDICO - PAZIENTE

La relazione medico-paziente è l'attivazione di un processo comunicativo che produce una significativa trasformazione tanto del medico quanto del paziente. Essa, pertanto, ha valore terapeutico proprio in quanto relazione, poiché induce un cambiamento che precede la stessa diagnosi e la conseguente terapia. Né, del resto, il cambiamento si produce solo a carico del paziente, poiché esso investe anche l'identità del medico.

Il rapporto che si stabilisce tra i due ed i processi comunicativi che lo caratterizzano rappresentano per il medico un vero e proprio strumento di lavoro.

L'antico aforisma di tradizione ippocratica "*Nullus medicus nisi philosophus*" invita il



medico ad occuparsi dell'uomo nella sua interezza, senza separare il "livello fisiopatologico", destinatario di conoscenza oggettiva e di prassi terapeutica, dal "livello psicologico-esistenziale", destinatario di comprensione intersoggettiva e di prassi simpatetica (1).

Già dagli anni '40 con Balint, Engel, Rogers, si parla di relazione medico-paziente, della funzione terapeutica del medico attraverso l'ascolto.

Fino ad allora, i problemi interiori del paziente erano lasciati allo specialista in psichiatria, mentre si riteneva che chiunque fosse affetto da malattie soltanto somatiche non avesse bisogno delle cognizioni psicologiche del suo medico curante. Poco alla volta si è poi cominciata a far strada l'idea che determinati sintomi somatici si possono spiegare appieno anche in rapporto ai problemi interiori e per-

sonali del paziente, seppure non siano da considerare esclusivamente psicogenici.

M. Balint, medico psicanalista di origine ungherese che si è a lungo dedicato alla formazione dei medici di famiglia (autore del libro *Medico, Paziente e Malattia, 1957*) sosteneva che il medico non deve curare la malattia, ma il malato, e che pertanto deve avere una certa base di comprensione della struttura psichica del paziente, per essere in grado di far valere la propria influenza dal punto di vista terapeutico, ma anche della propria, poiché solo colui che conosce se stesso può evitare il pericolo di dire al paziente cose che, sebbene dette in buona fede, possono dar luogo a malintesi.

La relazione di cura che si viene a creare con il paziente, continua Balint, consiste in un dialogo, nel quale il medico deve negoziare e trovare un compromesso con il suo paziente.

Si tratta di un contratto tra medico e paziente. Nel corso di questo dialogo, deve dare prova di un “ascolto attivo” che è parte attiva della guarigione del paziente. Nasce così il concetto di “medico-rimedio” che Balint chiama “funzione apostolica” del medico: egli rappresenta il primo farmaco per il paziente e perciò capace di suscitare “effetti collaterali”, proprio come le sostanze attive contenute in un preparato chimico.

Inoltre, egli afferma, «il farmaco più usato in medicina è proprio il medico, ma al riguardo non esiste ancora un’adeguata farmacologia » (2).

A partire dagli anni '80 - con lo studioso Engel (3) - si afferma un approccio al paziente noto come **MODELLO BIOPSIKOSOCIALE**, con il quale si cerca di integrare tre sistemi funzionali: il SISTEMA BIOLOGICO, che esprime il substrato anatomico, strut-

turale e molecolare della malattia; il SISTEMA PSICOLOGICO, che evidenzia gli effetti dei fattori psicotomici, delle motivazioni e della personalità del paziente nel momento della malattia; il SISTEMA SOCIALE, che sottolinea le influenze culturali, ambientali e familiari sull'esperienza di malattia.

Si afferma in tal modo una visione dell'uomo inteso come struttura vivente in relazione continua con l'ambiente in cui vive, ed un concetto di salute inteso come stato in cui tutte le funzioni del corpo, metaboliche, neurologiche, neurovegetative e psichiche, concorrono con pari dignità all'equilibrio e all'omeostasi.

E la malattia è intesa, naturalmente, come alterazione di tale equilibrio, il cui limite estremo è la morte biologica.

In medicina, il piano della relazione medico-paziente svolge, un ruolo fondamentale e

l'abilità del medico nel comunicare con il paziente rappresenta un aspetto importante della sua competenza clinica.

Le capacità relazionali e comunicative dei due interlocutori costituiscono una premessa importantissima all'esercizio dell'atto medico nel quale si voglia realizzare “il passaggio dal paradigma puramente biomedico, in cui alberga la malattia in senso biologico, al paradigma bio-psico-sociale in cui trova spazio l'essere umano e il suo ambiente” (4).

Secondo Hollander (5), inoltre, si distinguono tre tipi principali di rapporto-relazione tra medico e paziente:

**- MODELLO ATTIVO - PASSIVO:** (simile a quello madre-neonato) in cui il medico si fa totale carico dell'assistenza e del tratta-

mento del paziente, che a sua volta assume un ruolo del tutto passivo;

- **MODELLO DIREZIONE - COLLABORAZIONE:** (simile alla relazione tra genitori e bambino) in cui il medico assume un ruolo paternalistico nei confronti di un paziente dipendente e consenziente, come avviene nel paziente chirurgico;

- **MODELLO DI PARTECIPAZIONE RECIPROCA:** (relazione adulta) in cui il paziente svolge un ruolo attivo su un piano paritetico, definito di *partnership*.

In quest'ultimo modello ci troviamo di fronte ad un paziente che non vuole solo informazioni ma chiede di essere coinvolto nelle decisioni riguardanti la propria salute, instaurando così una partecipazione attiva con il proprio medico.

Nella relazione fra medico e paziente, poi, rientrano anche i rapporti del medico di famiglia con i suoi colleghi, per esempio gli specialisti a cui chiede il parere o a cui affida il paziente per un trattamento specializzato. Dev'essere il medico di famiglia colui che mantiene la responsabilità del suo paziente e non deve affidare le decisioni esclusivamente allo specialista; egli è responsabile dei pareri che richiede, ma deve anche partecipare alla decisione che verrà presa in seguito agli esami specialistici, altrimenti il paziente rischia di non avere più un medico responsabile della situazione, con le conseguenze disastrose descritte da Balint quando parla della “diluizione delle responsabilità (6)”.

MODELLO TRADIZIONALE BIOMEDICO	MODELLO CENTRATO SUL PAZIENTE
(disease-centred)	(patient-centred)
Approccio unidirezionale	Approccio olistico
Prima degli anni '50:	Dopo gli anni '50
Medico → Malattia	Medico → Paziente → Malattia

### Modello biomedico

#### Punti di forza:

- Semplicità (causa-effetto)
- Potere predittivo
- Chiarezza degli obiettivi
- Verificabilità dei risultati
- Insegnabilità

#### Limiti:

- Disumanizzazione
- Parcellizzazione
- Iperspecializzazione del medico
- Ipermedicalizzazione



### 3 - LA COMUNICAZIONE

Il termine COMUNICAZIONE deriva, etimologicamente, dal latino *communis*, nel senso di mettere in comune; il verbo latino *communicare*, più precisamente, ha il significato di rendere partecipe qualcuno di qualcosa, mettere in comune e quindi di partecipare, condividere qualcosa con altre persone.

Tecnicamente possiamo definire la comunicazione come una trasmissione di informazioni da un emittente ad un destinatario per mezzo di messaggi strutturati e attraverso l'uso di un codice condiviso dalle due parti. Questa definizione, però, proprio per il fatto che comunicare vuol dire condividere, risulta limitativa.

Secondo lo psicologo Watzlawick, la comunicazione è una “*conditio sine qua non* della vita umana e dell'ordinamento sociale” (7):

l'essere umano è coinvolto sin dall'inizio della sua esistenza in un complesso processo di acquisizione delle regole della comunicazione, e quindi possiamo descrivere meglio la comunicazione come un processo di interazione attraverso il quale gli individui si scambiano informazioni, ma anche emozioni e sentimenti, positivi e negativi.

Essa è il veicolo delle manifestazioni osservabili nella relazione, e se si accetta che l'intero comportamento in una situazione di interazione ha valore di messaggio, cioè di comunicazione, ne consegue che, nonostante qualsiasi sforzo, **E' IMPOSSIBILE NON COMUNICARE (8)**.

La comunicazione é senz'altro un evento complesso, il cui studio si può suddividere in tre settori:

1) La **SINTASSI**: cioè le regole in base alle quali le persone parlano correntemente e

comprendono una lingua; e dunque la trasmissione dell'informazione, la sua codificazione, i suoi canali;

2) la **SEMANTICA**: che é lo studio del significato del linguaggio e naturalmente prevede che trasmettitore e ricevente siano in accordo sul significato dei simboli trasmessi: perche la comunicazione abbia un senso, in definitiva, lo scambio di informazioni tra i comunicanti presuppone una “convenzione semantica”;

3) la **PRAGMATICA**: ovvero lo studio degli effetti della comunicazione sul comportamento umano.

Questi tre settori dello studio della comunicazione sono interdipendenti tra loro, allo stesso modo in cui possiamo paragonare la sintassi alla logica matematica, la semantica alla filosofia, la pragmatica alla psicologia.

E' necessario poi che, indipendentemente dal linguaggio (codice) che viene utilizzato e dal tipo di informazione che viene trasmessa, tutti i messaggi siano accompagnati da istruzioni specifiche in modo da essere interpretati correttamente. Tali istruzioni sono definite "metamessaggi" ed il loro scambio "metacomunicazione". Nel linguaggio parlato esse sono rappresentate dalle caratteristiche tonali della voce, dalla mimica e dai gesti, mentre nel linguaggio scritto sono trasmesse attraverso punteggiatura e spaziatura.

Ancora Watzlawick (9) considera la comunicazione come un processo d'interazione tra individui e quindi come un processo "sistemico", rifacendosi alla **TEORIA GENERALE DEI SISTEMI** (10) in cui il sistema è definito come un insieme di oggetti e di relazioni tra gli oggetti stessi e tra i loro attributi (con gli oggetti come parte del sistema, gli at-

tributi come proprietà degli oggetti e le relazioni a tenere insieme gli oggetti).

Passa poi a classificare i sistemi in “chiusi”, quando non consentono alcuno scambio con l’ambiente, e “aperti”, quando permettono una continua immissione ed emissione di informazioni, nei quali rientrano i sistemi viventi ed i sistemi interattivi umani.

Questi ultimi sono definiti dal Watzlawick come due o più comunicanti impegnati nel processo di definire la natura della loro relazione; quindi, le singole unità che compongono un sistema interattivo sono in grado di informare le altre sui reciproci cambiamenti ed, in generale, di avere scambi comunicativi. E in definitiva, l’interazione può essere correttamente indicata e descritta come una comunicazione.

E' possibile distinguere la *comunicazione* in **VERBALE e NON VERBALE**: naturalmente la comunicazione verbale avviene mediante l'utilizzo della parola, di simboli, di segni, ed è il tipo di comunicazione più facilmente controllabile; la comunicazione non verbale è una trasmissione di contenuti, una costruzione e condivisione di significati che avviene a prescindere dall'uso delle parole, sicuramente per lo più involontaria e quindi meno controllabile.

La codifica dei segni non verbali dipende da fattori che sono riferibili a caratteristiche personali, situazioni del contesto e ai diversi significati dei segni stessi per come sono utilizzati nelle differenti culture.

Nell'approccio comunicativo valutiamo innanzitutto l'aspetto esteriore del nostro interlocutore attraverso la conformazione fisica, che è il primo dato che viene percepito: esso

fornisce informazioni generali sul gruppo etnico di appartenenza, genere, età, stato di salute; elementi, questi, che difficilmente possono rivelarsi sbagliati o essere cambiati durante l'interazione. L'abbigliamento è considerato lo strumento privilegiato della propria presentazione, per dimostrare a se stessi e agli altri un'identità ed un ruolo sociale, ed ha importanti effetti sulla relazione interpersonale poiché influenza la percezione, da parte dell'interlocutore, dell'immagine di una persona.

Altro elemento fondamentale della comunicazione è il comportamento spaziale. La prossemica ha portato a stabilire che esso è fortemente influenzato da fattori culturali e socio-emozionali, nonché dalla struttura fisica dell'ambiente stesso.

Importante è la **DISTANZA INTERPERSONALE**, perché da immediatamente conto

dell'intimità e del rapporto tra gli interlocutori; è anche un segnale significativo, dal punto di vista sociale, delle relazioni di dominanza e dei ruoli sociali.

Man mano che aumentano le distanze interpersonali cambiano i sensi coinvolti: intimità (0 - 45 cm), personale (45 - 120 cm), sociale (120 - 360 cm) e pubblica ( $\geq$  360 cm).

Il **CONTATTO CORPOREO** è la forma più primitiva di azione sociale: può esprimere l'esigenza innata di un contatto che dia rassicurazione ed affetto, ma, al contrario, può rappresentare anche una forma diretta di minaccia personale.

Ne sono esempio contatti reciproci come lo stringersi la mano nel salutarsi o i contatti individuali come appoggiare la mano sulla spalla (gesto che spesso denota un rapporto asimmetrico). Ma il contatto corporeo può anche essere percepito come una violazione



del proprio spazio personale, e quindi mal tollerato o affatto rifiutato.

**L'ORIENTAMENTO SPAZIALE**, inoltre, comunica gli atteggiamenti interpersonali e le intenzioni relazionali; se gli interlocutori si pongono: faccia a faccia, assumono una posizione di confronto o, in una situazione competitiva, di sfida; fianco a fianco, assumono una posizione tipica delle relazioni intime o dei rapporti cooperativi.

La stessa **POSTURA**, che rappresenta la posizione del corpo assunta dal soggetto (consapevolmente o no) in relazione al contesto ed all'interlocutore, ci comunica il tipo di relazione: con un rilassamento posturale si dimostra di essere in una posizione dominante; la tensione posturale invece è associata all'atteggiamento sottomesso. Durante gli scambi comunicativi, inoltre, si può creare

una sorta di imitazione della postura che di solito indica una positività della relazione.

Per completare il nostro discorso sulla comunicazione, infine, bisogna aggiungere che la relazione, intesa appunto come incontro di due soggetti nell'ambito della comunicazione, può dirsi di tipo "simmetrico" se basata tra l'uguaglianza tra le due parti in causa (che tendono a rispecchiare il comportamento reciproco, attuando una minimizzazione della differenza), oppure di tipo "complementare" se gli interlocutori hanno posizioni diverse: si tratta in quest'ultimo caso di una relazione subordinata, definita anche di tipo UP e DOWN, in cui l'uno assume una posizione superiore o di *one-up* mentre l'altro tiene una posizione di subordinazione o *one-down*. Si instaura tipicamente nei rapporti medico-paziente, o insegnante-allievo, madre-figlio.

Quindi, tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza tra i soggetti coinvolti. In una comunicazione proficua e funzionale i passaggi da una posizione *up* a una *down* sono frequenti, non creano tensioni e sono, appunto, funzionali al raggiungimento di un obiettivo condiviso, prendere una decisione, risolvere un problema.

I modelli di relazione simmetrica e complementare si possono stabilizzare a vicenda e i cambiamenti da un modello all'altro sono importanti meccanismi omeostatici. Questo, almeno in teoria, comporta una rilevante implicazione terapeutica, e cioè che si può indurre direttamente un cambiamento introducendo nel corso del trattamento la simmetria nella complementarietà e viceversa.

Le patologie potenziali di questi due modelli di comunicazione o interazione sono **l'ESCALATION DI SIMMETRIA (SIMMETRICA)** e la **COMPLEMENTARIETA' RIGIDA**.

In una relazione simmetrica é sempre presente il pericolo di competitività: tipico esempio sono le relazioni coniugali, in cui **l'ESCALATION SIMMETRICA** è di frequente riscontro, dove i coniugi perseguono una conflittualità esasperata e crescente fino allo stremo delle forze, mentre in una relazione simmetrica sana i partners riescono ad accettarsi a vicenda così come sono, con rispetto reciproco che li porta ad una conferma del sé dall'altro. Diversamente se tra i partners invece si osserva un “rifiuto reciproco” si arriva alla rottura.

La **COMPLEMENTARIETA' RIGIDA** presenta i caratteri della **DISCONFERMA**,

piuttosto che del RIFIUTO ed interessa le patologie più importanti dal punto di vista psicopatologico, mentre in una relazione complementare ci dev'essere una reciproca CONFERMA “sana” e “positiva” dei rispettivi sé.

In conclusione, esaminate senza alcuna pretesa di esaustività le definizioni e alcuni studi sul concetto di comunicazione, possiamo affermare che essa è un evento profondamente complesso.

E' necessario soprattutto poterne valutare il contesto in cui si svolge (sono solo inteso come luogo fisico), e , in ambito medico, bisogna considerare attentamente la situazione di attuazione della visita medica: ovvero se ci si trovi in un ambulatorio specialistico, in ospedale, in uno studio di medicina generale

o in un contesto di tutt'altro genere (domicilio, ambulanza, ecc.).

In questi momenti, ognuno porta con se il proprio ambiente di provenienza: il paziente la sua famiglia, gruppo sociale, livello culturale; il medico anch'egli il suo privato e il suo specifico ambito professionale, la sua specializzazione, la scuola di appartenenza.

Di conseguenza, il contesto percepito dal medico può non coincidere con lo stesso percepito dal paziente e viceversa.

E poiché ogni comunicazione risponde a delle regole precise, e spesso è il contesto che le determina, indipendentemente dagli interlocutori, è importante affermare che “per capire se stesso l'uomo ha bisogno di essere capito dall'altro, e per essere capito dall'altro ha bisogno di capire l'altro” (11).

### **3 – 1: Strumenti di comunicazione efficace nella relazione medico-paziente**

Il nucleo attorno a cui ruota la professione medica è strutturato sulla relazione interpersonale e sulla capacità del medico di costruire una relazione efficace con il paziente. Il *core* del patto fiduciario, del legame con la persona oggetto di cure è rappresentato a sua volta dalla comunicazione, intorno a cui si tesse in reciprocità duale la rete elaborativa necessaria alla risoluzione del malessere, ovvero la cura.

E' provato che una buona comunicazione, in una relazione di fiducia e di partecipazione attiva di entrambi si associa a maggiore *com-*

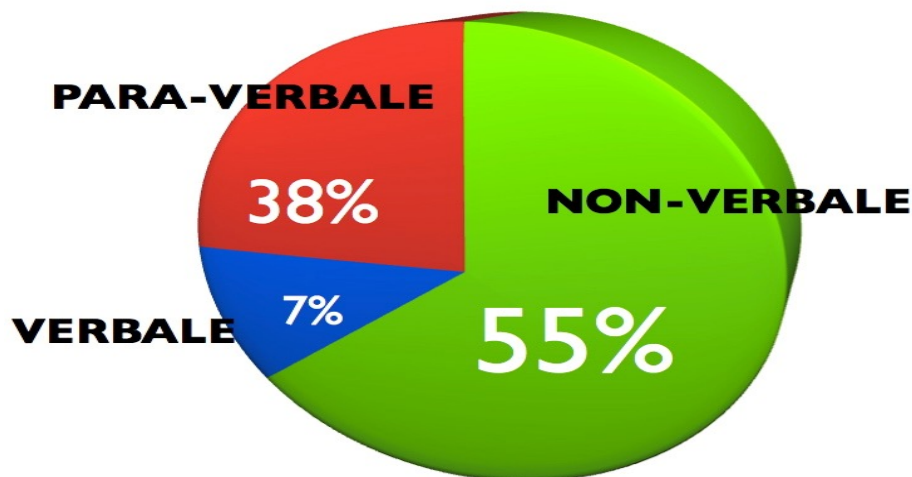
*pliance*, riduzione di denunce per *malpractice* e riduzione di *burn-out* per i medici.

Nel modello *patient centred* vi è uno scambio bidirezionale medico-paziente (comunicazione a due vie); il paziente non è più identificato con la malattia, diventa parte attiva del processo diagnostico e terapeutico ed è lui, non più il medico, considerato l'esperto in quanto vero conoscitore del proprio disagio.

Il Medico di Medicina Generale opera una precisa scelta deontologica e metodologica nella modalità espressiva delle proprie competenze professionali: all'interno del contratto di aiuto egli non interviene in qualità di psicologo, o psicoterapeuta, o psichiatra, pur avendone talvolta le competenze curricolari. Sceglie un approccio più complesso e al contempo immediato, che potremmo definire "è strumento di diagnosi e cura", ma in primo



luogo di ascolto della persona in disarmonia con se stessa.



Il diagramma mostra una sintesi otticamente efficace della struttura comunicazionale in cui siamo immersi.

Emerge con chiarezza la predominanza della cosiddetta comunicazione “non verbale”, in cui sono presenti tutte le modalità espressive che accompagnano o sostituiscono le dichiarazioni enunciative verbali. La caratteristica più importante della comunicazione non verbale è la sua capacità di esprimersi senza sot-

toporsi ubiquitariamente al vaglio della coscienza; in altre parole, i contenuti espressivi più aderenti allo stato psicofisico della persona e meno governabili dall'intenzionalità si manifestano nell'area meta e paraverbale. Il vantaggio diagnostico che consegue alle competenze analitiche specifiche da parte del MMG nell'area di pertinenza comunicazionale è di elevato interesse clinico.

Di seguito una rassegna preliminare delle aree metacomunicazionali :

### *Scala di valutazione*

*(Crystal, Argyle, Lavater e Trudgill)*

1. **Presentazione** (aspetto, andatura e abbigliamento, comportamento spaziale, postura, contatto fisico).

2. **Segni logici** (coscienti, intenzionali: gesti illustratori, gesti regolatori che influenzano il corso della conversazione).

3. **Segni analogici innati, istintivi, metacomunicativi** (il viso e le manifestazioni dell'emozione, e i gesti autoadattatori, alteradattatori, oggetto-adattatori).

4. **Segni vocali non verbali** (segni prosodici e connessi al discorso, paralinguistici e indipendenti dal discorso, rumori emozionali) caratterizzati da ritmo, tono, sonorità e timbro.

In dettaglio esaminiamo i quattro gradi della scala, il principio metodologico da acquisire didatticamente è la consapevolezza costante della reciprocità: i segnali devono essere interpretati tramite la decodifica da parte del

MMG, e devono contemporaneamente essere gestiti durante l'invio in risposta nel corso della relazione. Pertanto, la competenza fondamentale da acquisire consiste nella capacità di limitare consapevolmente i segnali in uscita, con particolare attenzione agli elementi verbali e non verbali, con l'obiettivo di consentire la massima espressività al paziente in assenza di elementi disturbatori esogeni.

1. La **presentazione** è già di per sé fonte di informazioni preziose; l'andatura, la postura, le connotazioni visive, uditive e persino olfattive della persona in accesso clinico tratteggiano con chiarezza una prima silhouette del paziente. E' inoltre necessario non perturbare il setting ambulatoriale ponendo analoga attenzione alle proprie modalità di presentazione durante il colloquio clinico.

2. I **segni logici** sono coscienti, intenzionali: sono gesti illustratori, gesti regolatori che influenzano il corso della conversazione. Presentano una minore difficoltà di gestione poiché regolati dall'attività cosciente.

3. **Segni analogici innati, istintivi, metacomunicativi** (il viso e le manifestazioni dell'emozione, e i gesti autoadattatori, alteradattatori, oggetto-adattatori). Sono da considerare con estremo interesse poiché intimamente espressivi della realtà emozionale del soggetto dichiarante; gli adattamenti corporei sono particolarmente interessanti in relazione alla topografia somatica, secondo la quale gli sfioramenti nell'area periorale e sottomentoniera sono inscrivibili ad uno stato emozionale positivo, a differenza dei toccamenti pe-

riauricolari, temporali e nucali, sintomo di disagio tensionale.

**4. Segni vocali non verbali** (segni prosodici e connessi al discorso, paralinguistici e indipendenti dal discorso, rumori emozionali): caratterizzati da ritmo, tono, sonorità e timbro. Questi elementi sono uno strumento comunicazionale prezioso per il MMG, in un contesto operativo volto al ripristino dell'equilibrio psicofisico del paziente alla luce delle valenze educative cliniche.

La prosodia, la paralinguistica, i rumori emozionali, unitamente alla prossemica (la gestione dello spazio corporeo in relazione all'ambiente circostante) sono strumenti di indiscussa utilità per il Medico che intende veicolare contenuti utili al paziente, senza voler alterare le capacità e le modalità espressive dello stesso, consentendo al flusso comu-

nicazionale di proseguire senza creazione di artefatti. E' la modalità più idonea alla costruzione di un intervento attivo di aiuto alla persona.

In conclusione la strutturazione di una comunicazione efficace tra il MMG e il paziente avviene tramite l'ascolto, la creazione di un intervento attivo, la contestualizzazione dell'atto clinico, la costante valutazione in itinere, ed infine un doveroso rigore metodologico.

Qui di seguito due esempi di colloquio:

**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 in TV, 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 te-

**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 in TV, 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



rapia, 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 granchè 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

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 stra-

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

da 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.

## 4- L'EMPATIA

In particolar modo nelle cure primarie, la relazione medico-paziente che si costruisce nel tempo è una relazione sostanzialmente diversa da qualunque altra relazione sociale: il medico attento all'ammalato, pur orientato sui propri valori umani e professionali, terrà in debito conto anche quelli del paziente, ponendo così le basi per una relazione più che soddisfacente. Sarà questa una relazione che si evolverà in sintonia con i tempi ed i cambiamenti sociali (e, naturalmente, anche con i sempre più frequenti cambiamenti sulle modalità di funzionamento dei servizi sanitari).

E' necessario che il medico abbia quattro capacità indispensabili per arrivare ad una relazione reciprocamente appagante con l'ammalato: quella di creare **COMFORT** durante il colloquio, cioè di occuparsi di aspetti

emotivi e questioni imbarazzanti senza sentirsi o far sentire a disagio il paziente; la capacità di **ACCETTAZIONE** dei sentimenti e degli atteggiamenti del paziente, anche se spesso possono risultare mal tollerabili o irritanti; quella di **RESPONSIVITA'**, ovvero la capacità di capire e reagire a messaggi indiretti o incompleti; ed infine, la più importante delle quattro, l'**EMPATIA**, cioè la capacità d'immedesimazione, che consente al medico di percepire ed esprimere comprensione nei confronti del paziente.

Nel paradigma tradizionale, il modello biomedico cui si è già accennato, è importante principalmente inquadrare la patologia in senso biologico: la relazione medico-paziente ha come obiettivi l'individuazione dei sintomi, la formulazione di un'ipotesi diagnostica corretta e la scelta di una prassi terapeutica efficace. Ma già a partire dagli anni '50 co-

minciarono ad essere sollevate critiche a tale modello, soprattutto per la scarsa considerazione riservata al paziente, la cui visione soggettiva della sofferenza veniva ridimensionata o negata addirittura.

M. Balint (12) invece indicò nella relazione con il paziente il momento centrale, intrinsecamente terapeutico, dell'agire medico: come a dire che il medico stesso è la prima medicina. Si pose così in modo adeguato l'attenzione sugli aspetti emotivi della relazione tra i due soggetti, sulla descrizione del mondo interiore del paziente, sulla sua dimensione emozionale, tanto importante nel processo di cura.

Perciò diviene indispensabile che il medico abbia l'attitudine **all'ASCOLTO EMPATICO**.

Il concetto di EMPATIA (la quarta e più importante delle capacità fondamentali di cui

sopra), dunque, ritorna e ci collega direttamente alla figura di Carl Rogers, lo psicologo statunitense, fondatore della terapia “non direttiva” e noto in tutto il mondo per i suoi studi sul *counseling* e la psicoterapia all'interno della corrente umanistica, ed alla sua opera principale “*La terapia centrata sul paziente*” (13).

Con l'**APPROCCIO EMPATICO** si cerca di vedere il vissuto soggettivo dell'altro: ciò implica l'essere sensibile agli stati d'animo che fluiscono nell'altra persona, vivere temporaneamente l'esperienza altrui, saper cogliere le sue emozioni lasciando da parte la propria visione del mondo e i propri valori: si tratta cioè di compiere una vera e propria “accettazione incondizionata”, ma mettendosi in gioco con quella “giusta distanza” che impedisce alle passioni di travolgerci e all'indifferenza di raggelarci.

Obiettivo generale è dunque quello di creare un clima positivo, centrato sulla persona, anche alla luce di quanto afferma Laing (14) secondo il quale “il senso dell’identità richiede l’esistenza di un altro essere che ci riconosca”, cioè di un altro individuo che si interessi a noi, ci accetti, ci comprenda. Questa nuova esperienza ha una forza terapeutica enorme: secondo Rogers stesso, “la comprensione profonda è il più prezioso dono che una persona possa offrire all’altra”.

## **4 – 1: Correlazione tra Empatia del Medico e Malattie**

Il coinvolgimento empatico nella cura del paziente è un elemento centrale per una relazione costruttiva fra il medico e il paziente.

Studi scientifici riferiscono che alcuni indicatori di trattamento del paziente, considerati

come surrogati dei livelli di empatia, come la comunicazione verbale e la comprensione di segnali non verbali, e la quantità di tempo dedicata al paziente, possono aumentare il livello di soddisfazione del paziente (15, 16) e la *compliance* (17, 18), così come possono contribuire a diminuire il ricorso dei pazienti a procedimenti legali nei casi di negligenza professionale (19, 20). Inoltre, alcuni indicatori di empatia sono risultati predittivi dell'efficacia dei trattamenti psicoterapeutici (21, 22), della percezione del paziente di sentirsi importante (23), nonché dell'accuratezza della diagnosi (24) e della prognosi (25).

In particolare, uno studio condotto dalla Jefferson University di Philadelphia, che ha coinvolto 891 diabetici e 29 medici di base Americani, ha dimostrato, tramite uno strumento validato (Jefferson Scale of Empaty), come i medici più empatici avevano pazienti



in grado di controllare meglio i parametri di HbA1c e LDLc (26).

I ricercatori in questione, all'interno di un programma di ricerca tra la Thomas Jefferson University, l'Emilia Romagna e la AUSL di Parma, hanno esteso il campione per valutare più a fondo l'argomento sfruttando il database dell'ASL di Parma. Lo studio è stato condotto per verificare la correlazione esistente tra i livelli dell'empatia del medico e le complicanze metaboliche acute del diabete mellito.

L'ipotesi di partenza che è stata verificata con il presente studio (27) è stata quella che, a livelli di empatia più alti dei medici di famiglia, sono associati in maniera significativa tassi più bassi di complicanze metaboliche acute nei loro pazienti diabetici.

In questo studio retrospettivo correlazionale, sono stati inclusi 20.961 pazienti con diabete

mellito di tipo 1 o di tipo 2 su una popolazione di 284.298 pazienti adulti nell'Azienda Unità Sanitaria Locale (AUSL) di Parma, pazienti assistiti nell'anno 2009 da 242 medici di famiglia. I livelli di empatia ottenuti dai medici partecipanti allo studio, misurati tramite il questionario Jefferson Scale of Empathy (JSE), sono stati confrontati con l'insorgenza di complicanze metaboliche acute (stato iperosmolare, chetoacidosi diabetica, coma) nei pazienti diabetici ospedalizzati nello stesso anno.

**Media e Deviazione e standard dei livelli di empatia ottenuti tramite il questionario JSE (Jefferson Scale of Empathy) dei 242 medici di famiglia di Parma, Italia, 2010**

Livello di empatia del medico*	N. di medici	Punteggio medio (DeviazioneStandard)	Intervallo dei punteggi
Medici con livello alto	81	119,4 (5,4)	112-137
Medici con livello medio	84	105,1 (4,3)	97-111
Medici con livello basso	77	85,2 (9,6)	49-96
Totale	242	103,6 (15,4)	49-137

\*F = 503.1,  $P < .001$  (medici con livello alto > medici con livello medio > medici con livello basso). I medici partecipanti allo studio sono stati divisi in modo arbitrario in tre gruppi sulla base della distribuzione dei loro punteggi di empatia ottenuti dal questionario JSE.

Nei pazienti dei medici con alti livelli di empatia, confrontati con i pazienti dei medici con livelli di empatia medi e bassi, è stato rilevato un tasso significativamente più basso di complicanze metaboliche acute (rispettivamente 4,0, 7,1, e 6,5 per 1.000 pazienti,  $P < 0,05$ ). L'analisi di regressione logistica ha rilevato che i livelli di empatia dei medici sono associati a complicanze metaboliche acute: odds ratio (OR) = **0,59** (95% Intervallo di Confidenza, 0,37–0,95, confrontando medici con livelli di empatia alti a quelli con livelli di empatia bassi).

**Correlazione tra livelli alto, medio, e basso di empatia ottenuti tramite il questionario del JSE dei medici partecipanti (n = 242), 2010, e complicanze della malattia nei loro pazienti diabetici (n = 20.961), 2009, Parma, Italia**

Caratteristiche dei pazienti	Livello di empatia *		
	Medici con livello alto	Medici con livello medio	Medici con livello basso
<b>N. di pazienti con diabete mellito</b>	7.224	7.303	6.434
<b>Complicanze metaboliche acute</b>			
N. di pazienti†	29	52	42
Tasso (n. per 1.000 pazienti)	4,0	7,1	6,5

\*Confronto tra medici con livello alto e medio sulla base dei tassi di insorgenza di complicanze metaboliche acute nei propri pazienti con diabete mellito:  $z = 2,51$ ,  $P < 0,01$ . Confronto tra medici con livello alto e basso sulla base dei tassi di insorgenza di complicanze metaboliche acute nei propri pazienti con diabete mellito:  $z = 2,04$ ,  $P < 0,05$ .

† Nel 2009 sono stati ospedalizzati 123 pazienti con complicanze metaboliche acute: 41 in stato iperosmolare, 53 con chetoacidosi diabetica, 26 in coma e 3 con una combinazione di queste complicanze.

Le complicanze metaboliche acute sono risultate correlate anche all'età dei pazienti (> 69 anni) : OR = 1.7 (95 % IC, 1,2 – 1,4). Il sesso e l'età del medico, il sesso del paziente, la tipologia della struttura ambulatoriale (individuale o in forma associativa), la collocazione geografica dell'ambulatorio (montagna, collina, pianura), e l'arco di tempo in cui il paziente è rimasto assistito con lo stesso medico non sono risultati associati alle complicanze metaboliche acute.

Variabile	Odds ratio (95% intervallo di confidenza)
<b>Livello di empatia in base al questionario JSE*</b>	
Basso	(riferimento)
Medio	1,1 (0,69-1,6)
Alto	0,59 (0,37-0,95) <sup>†</sup>
<b>Sesso del medico</b>	
Femminile	(riferimento)
Maschile	1,1 (0,66-1,7)
<b>Età del medico</b>	
< 56	(riferimento)
≥ 56	0,94 (0,64-1,4)
<b>Tipologia dell'ambulatorio</b>	
In associazione	(riferimento)
Individuale	1,0 (0,50-2,0)
<b>Ubicazione geografica dell'ambulatorio<sup>‡</sup></b>	
Montagna	(riferimento)
Collina	1,1 (0,52-2,1)
Pianura	1,6 (0,77-2,9)
<b>Sesso del paziente</b>	
Femminile	(riferimento)
Maschile	0,93 (0,65-1,3)
<b>Età del paziente</b>	
< 69	(riferimento)
≥ 69	1,7 (1,2-2,4)**
<b>Arco di tempo in cui il paziente è rimasto assistito con lo stesso medico di famiglia</b>	
< 5 anni	(riferimento)
≥ 5 anni	0,67 (0,44-1,0)

I risultati di questo studio hanno confermato l'ipotesi per cui i livelli di empatia del medico, ottenuti tramite uno strumento di misurazione validato, sono associati in maniera significativa all'incidenza di complicanze metaboliche acute in pazienti diabetici. Diverse sono le spiegazioni plausibili di questo risul-

tato. In primo luogo si può ragionevolmente supporre che il coinvolgimento empatico del medico nella cura del paziente, migliori la comprensione reciproca, e con questo anche il rapporto fiduciario medico paziente. Esso è la “strada maestra” nella cura del paziente per arrivare ad *outcome* clinici ottimali, attraverso meccanismi di migliore comunicazione e di maggiore *compliance* al trattamento terapeutico previsto.

I risultati di questo studio forniscono un ulteriore supporto empirico relativamente agli effetti positivi che l'empatia ha nella cura del paziente.

Il tasso di risposta dei medici dell' 80,4% ottenuto in questo studio, unitamente all'assenza di differenze significative nel mix di età e sesso tra medici partecipanti e non, aumentano la nostra certezza che i medici parteci-

panti erano rappresentativi dell'intera popolazione di medici che si intendeva raggiungere.

Tra le diverse complicanze metaboliche sono state scelte le complicanze metaboliche acute come misura degli *outcome* clinici in quanto i pazienti con queste complicanze necessitano di essere ricoverati.

Nonostante le possibili limitazioni, i risultati di questo studio e di uno precedente basati sulla relazione tra l'empatia del medico, ottenuta tramite uno strumento di misurazione validato, e gli *outcome* del paziente, supportano il concetto che l'empatia dovrebbe essere considerata non solo un elemento importante nella cura del paziente, ma anche un elemento centrale del bagaglio di competenze del medico; riteniamo, pertanto, che l'empatia dovrebbe essere valorizzata nel curriculum di studi medici e applicata nella pratica della medicina.

Sebbene il coinvolgimento empatico sia importante nella cura del paziente indipendentemente dalla specializzazione del medico, questo sembra essere più determinante nel contesto della medicina di famiglia che richiede una relazione a lungo termine tra medico e paziente, nonché continuità nella cura. Studi indicano che i pazienti dei medici di famiglia si aspettano che i loro curanti dimostrino competenze nella comunicazione empatica (28) . In un ampio studio in medici di famiglia in Danimarca, si è dimostrato che i pazienti enfatizzano di più i medici con migliori capacità empatiche, in particolare quei medici che esprimono interesse nell'indagare più a fondo i problemi dei pazienti, e che agevolano la comunicazione e aiutano i pazienti nell'affrontare i problemi emotivi (28). Uno studio in un contesto di medicina di famiglia ha rilevato che i pazienti affetti da una



comune influenza che percepivano il proprio medico come empatico, presentavano una durata inferiore della malattia e disturbi meno gravi associati ai cambiamenti dello stato del sistema immunitario (29).

## **MISURAZIONE DELL'EMPATIA DEL MEDICO:**

### **II QUESTIONARIO JSE:**

Il JSE è uno strumento validato, sviluppato nel 2001 presso il Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, per misurare l'empatia nel contesto della formazione professionale dei medici e della cura del paziente.

Questo strumento è stato sviluppato sulla base di un'ampia revisione della letteratura, e si fonda sulla definizione di empatia nel contesto della cura del paziente come un attributo

prevalentemente cognitivo, che coinvolge la comprensione di esperienze, preoccupazioni e prospettive del paziente, unitamente ad una capacità di comunicare questa comprensione con la mera intenzione di essere di aiuto.

Il questionario JSE ha avuto una larga accettazione nella comunità scientifica, e ad oggi è stato tradotto in 42 lingue.

Il questionario JSE comprende 20 affermazioni; per ognuna il partecipante è invitato ad esprimerne il grado di accordo secondo una scala Likert a 7 punti (1 = completamente in disaccordo, 7 = pienamente d'accordo).

Esistono tre versioni del questionario JSE: una per

medici e altri operatori sanitari (Versione HP, impiegata in questo studio), una per studenti di medicina (Versione S), e una terza per studenti di professioni sanitarie diverse da quella medica (Versione HPS).

Le tre versioni hanno contenuti simili tra loro, con leggere modifiche nella formulazione, per preservare le validità di forma e contenuto per le rispettive popolazioni target. I costrutti alla base del questionario includono la modalità di “cogliere la prospettiva del paziente”, l'assistenza compassionevole, e “il mettersi nei panni del paziente”, che sono i maggiori componenti dell'empatia nel contesto della cura del paziente.

## **5 - IL COUNSELING**

Partendo dal presupposto fondamentale che la tutela della salute, quale bene personale e sociale, è una responsabilità che coinvolge tanto il singolo quanto la collettività, il fine comune dev'essere la promozione di uno stile di vita sano, che mantenga un adeguato livello di benessere fisico, psichico e sociale.

La salvaguardia della salute deve essere perseguita in modo partecipativo ed integrato, non solo curando la malattia, ma soprattutto prevenendo situazioni e comportamenti che favoriscono il verificarsi di stati patologici o di disagio.

In tal senso il contributo del medico di famiglia assume speciale rilevanza, in particolar modo nella gestione di patologie dove entrano in gioco molteplici fattori di rischio legati a stili comportamentali non adeguati.

La capacità del medico di impostare un rapporto con il paziente come una vera e propria relazione di aiuto, mantenendo viva la comunicazione e l'interazione, rappresenta, nella medicina di famiglia, il cardine per ottenere risultati efficaci.

Il bagaglio conoscitivo tecnico-pratico è naturalmente la premessa basilare, ma non sufficiente, nel rapporto con il paziente, laddove invece l'accoglienza, l'ascolto attivo, l'empatia cognitiva ed emotiva, le abilità e le strategie relazionali, nonché la conoscenza e l'applicazione dei principi e dei passi più importanti e specifici dell'intervento di *counseling*, risultano elementi imprescindibili. Secondo la definizione dell'OMS del 1989, il *COUNSELING* (o *counselling*) è un processo che, attraverso il dialogo e l'interazione, aiuta le persone a risolvere, o almeno a gestire correttamente, i problemi ed a prendere delle de-

cisioni. Tale processo coinvolge un “cliente” ed un “*counselor*”: il primo é un soggetto che sente il bisogno di essere aiutato, il secondo é una persona esperta, imparziale, e quindi NON legata al cliente, addestrata all’ascolto, al supporto e alla guida.

E’ possibile integrare meglio tale espressione definendo il *counseling* come un comportamento comunicativo, consapevole , finalizzato a rendere possibile la modifica di un altro comportamento.

In ambito medico, ogni qualvolta il paziente esprime una richiesta al medico è implicita una richiesta di cambiamento: di conseguenza, si fa *counseling* ogni volta che, volontariamente e consapevolmente, si sceglie di intervenire nel processo di decisione del paziente per promuovere un cambiamento.

In ogni caso, ogni atto medico, in genere, si chiude con un consiglio ed è di fatto impossi-

bile prevedere quanto tale suggerimento induca a modificare o quanto possa incidere sulle scelte future del paziente.

In ambito sanitario, pertanto, possiamo definire il *counseling* come un intervento attraverso il quale la relazione di aiuto professionale assume le caratteristiche di una relazione strutturata secondo dei passaggi ben definiti.

## **5 -1: LE FASI DEL COUNSELING E L'« ASCOLTO ATTIVO »**

Distinguiamo perciò una **FASE INIZIALE**, in cui è necessario preparare il *setting* (ambiente) esterno ed interno, ed avviare l'interazione al fine di stabilire una relazione di collaborazione, fiducia ed empatia; una **FASE INTERMEDIA** in cui è importante mantenere la relazione, il rapporto di fiducia, utilizzare un linguaggio chiaro, stimolare

l'iniziativa della persona per renderla attiva e partecipe nella soluzione del suo problema; una **FASE FINALE** in cui si deve verificare quanto e cosa il paziente di ciò che è stato detto, indagare su ulteriori dubbi, riassumere il contenuto del colloquio.

In una situazione di *counseling* è importantissimo **l'ASCOLTO ATTIVO**, cioè saper ascoltare il contenuto della comunicazione verbale e paraverbale, saper osservare aspetti e manifestazioni di quella comunicazione non verbale di cui già si è detto nelle pagine precedenti.

Tutto questo facilita la creazione di una relazione efficace, premessa per una futura "alleanza" terapeutica. Nell'**ASCOLTO ATTIVO** è importante usare tecniche come la riformulazione, cioè il ripetere con altre parole ed in maniera più chiara e concisa ciò che il paziente ha appena detto (per essere sicuri di



non introdurre alcun elemento “estraneo”), e la delucidazione, cioè verbalizzare le emozioni che accompagnano il contenuto.

La situazione di *counseling* pone in genere il medico e il paziente in una relazione di complementarità, anzi, è essenziale che ci sia tale relazione in cui il medico assume una posizione *one-up* e il paziente *one-down*; è necessario anche ci sia un argomento condiviso e che ci sia, infine, un riconoscimento da parte dell'ammalato della competenza scientifica del medico. Ciò al fine di avere una conoscenza approfondita del paziente, delle sue abitudini e di ciò che le rende modificabili o no.

E' imprescindibile, quindi, da parte del medico avere una buona capacità d'indagine, saper porre le domande scegliendo la tipologia più adatta in base alle fasi del colloquio. Esse devono servire a conoscere il modello di realtà

a cui fa riferimento e in cui si muove il paziente, e a cui dovrà pertanto fare riferimento ed adeguarsi anche il medico.

Si possono ad esempio formulare domande aperte, che lasciano ampie possibilità di risposta, tendono ad approfondire la relazione, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri, oppure domande chiuse, che invece restano circoscritte, specifiche e rendono più mirata la conversazione.

Il *counseling* diviene così specificamente finalizzato ad un cambiamento, alla modifica di un comportamento, ed ogni variazione rappresenta un nuovo equilibrio raggiunto tra le esigenze, le risorse e le modalità personali del paziente di utilizzare tali risorse.

E' necessario quindi, per stare nel "mondo dell'altro", entrarci come se fosse il proprio, per poterne capire le richieste ed i bisogni,

avendo, per tornare all'inizio di questo discorso, un approccio totalmente empatico.

## CONCLUSIONI

Durante il tirocinio presso lo studio di medicina generale del Dr. C.A. Raho, ho avuto modo di osservare che una buona relazione medico-paziente agiva positivamente nel percorso di cure dei pazienti, sia in termini di *compliance* nonché di efficacia terapeutica. Ho approfondito così alcuni aspetti della relazione medico-paziente, che sono a mio avviso utili ai fini di “rafforzare” la nostra attività professionale.

Caratteristica comune della formazione dei medici laureati in Italia è la totale assenza degli aspetti relazionali. Noi medici arriviamo ad esercitare la nostra professione con una preparazione tipicamente di tipo biomedico. Secondo questa

concezione, il corpo umano è visto come una macchina che, una volta compresi il suo funzionamento e dinamiche, si può aggiustare. Il passaggio da un approccio biomedico, ad uno biopsicosociale, ad una medicina *centrata sul paziente*, necessita, come aveva detto Balint, di lavorare sui medici: deve avvenire un cambiamento nella formazione professionale di medici, infermieri e tutti gli operatori della sanità.

La speranza è che le istituzioni “vedano” questo cambiamento come necessario e introducano nella formazione accademica dei medici e di chiunque lavorerà nell’ambito di una relazione di aiuto, gli insegnamenti adeguati con metodologie efficaci. Per chi ha terminato la formazione accademica ed esercita la profes-

sione da anni, credo che il punto di svolta sia dato dalla capacità di rivedere in modo critico il suo modo di lavorare e le sue motivazioni.

Una diagnosi appropriata, dipende strettamente

dal saper comprendere il malato nella sua globalità, così che i suoi sintomi richiedono di essere letti ed interpretati come risposte psichiche e fisiche a determinate situazioni di vita. L'obiettivo è quello di ottenere una comprensione non solo del disturbo, ma anche della individualità del paziente, affinché possa emergere l'interazione che sussiste tra i fattori biologici, i fattori psicologici e quelli sociali.

Condizioni necessarie e sufficienti per creare un *setting* idoneo sono empatia, ascolto attivo, accettazione incondiziona-

ta, non giudicante, del paziente, congruenza, autenticità del medico. Fondamentale è l'ascolto, imparare delle tecniche basilari del colloquio, imparare a riconoscere sentimenti e aspettative del paziente.

Come abbiamo riscontrato in alcuni studi scientifici, stabilire un *rapporto empatico* con il paziente, migliora la gestione della malattia da parte dei suoi pazienti.

Essa 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 revocche immotivate o possibilità di denunce. E' legata a sentimenti di soddisfazione e gratificazione che un medico prova quando opera al meglio nella sua profes-

sione , nel creare relazioni positive che diventano un veicolo di condotte di salute, nel sentire la considerazione e la stima dei propri pazienti.

Ha infine un vantaggio trascendente, né tangibile oggettivamente come le informazioni o le revoche, né percepibile soggettivamente, come la soddisfazione, esce dalla logica della mera soggettività e diventa vantaggio collettivo, sociale, culturale, nei suoi significati simbolici più profondi ed attività dinamiche utili a costruire un mondo in cui venga riconosciuta la dignità e il valore di ogni individuo.

Personalmente, ci sentiamo ottimisti sulla possibilità di ampliare la riflessione sugli effetti della comunicazione sulla cura e sulla salute dei pazienti (queste pagine



non sono che un limitato apporto al dibattito senza alcuna pretesa di esaustività su un argomento tanto vasto). Ci sembra che anche il clima culturale sia cambiato in questo senso: sono ormai numerosissimi i testi autorevoli che sottolineano importanza terapeutica della comunicazione, a partire sempre dalla specificità della professionalità medica.

E non possiamo che sentirci favorevoli all'adozione del *counseling* nello studio del medico di famiglia. Si tratta di applicare una tecnica di comunicazione nuova, che si impara e richiede un grande impegno personale. Ma al di là di questo, impadronirsi di una forma di comunicazione empatica, che acquisisca in modo corretto le emozioni presenti e remote di chi sta male, rappresenta in qualche modo un ri-

torno alla medicina della persona, quella che nella scarsità di mezzi tecnici del “vecchio” medico di famiglia si praticava comprendendosi nei processi decisionali del paziente e della sua famiglia; rappresenta un ritorno ad un rapporto tra medico e paziente che sembrava andato perduto: l’incontro tra due persone.

# BIBLIOGRAFIA

(1) COSMACINI G., *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza (1995)

(2) BALINT M., *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli (1961)

(3) ENGEL G., *The clinical application of the biopsychosocial model*, University of Rochester Press (2003)

(4) GADAMER H.G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore (1994)

(5) HOLLANDER M.H., *The psychology of medical practice*, W.B. Saunders Co. (1958)

(6) BALINT M., *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli (1961)

(7) WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio (1971)

(8) WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Op. Cit.*

(9) WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Op. Cit.*

(10) VON BERTALANFFY L., *Teoria generale dei sistemi*, Garzanti (2004)

(11) HORA T., *Dialogues in Metapsychiatry*, Paperback (1996)

- (12) *BALINT M., Medico, paziente e malattia, Feltrinelli (1961)*
- (13) *ROGERS C.R.: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework in KOCH S.: Psychology: a study of a science, Vol.III: Formulations of the person in the social context, McGraw Hill New York (1959)*
- (14) *LAINING R.D., The divided self – L'Io diviso, Einaudi (1969)*
- (15) *Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Eval Health Prof. 2004; 27:237–251.*
- (16). *Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnrooth E, Rossen PB, von der Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related selfefficacy, and perceived control over the disease. Br J Cancer. 2003;88:658–665*
- (17) *DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. Health Psychol. 1993;12:93–102.*
- (18) *Squier RW. A model of emphatic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner–patient relationships. Soc Sci Med. 1990;30:325–339*
- (19) *Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor–patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med. 1994;154:1365–1370.*
- (20) *Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician–patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA. 1997;277:553–559.*
- (21) *Greenberg LS, Watson JC, Elliot R, Bohart AC. Empathy. Psychotherapy. 2001;38: 380–384.*
- (22) *Bohart AC, Elliot R, Greenberg LS, Watson JC. Empathy. In: Norcross JC, ed. Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. Oxford, UK: Oxford University Press; 2002:89–109.*

(23) Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH. *Assessment of empathy in a standardized-patient examination. Teach Learn Med.* 1998;10:8–10.

(24) Barsky AJ 3rd. *Hidden reasons some patients visit doctors. Ann Intern Med.* 1981;94 (4 pt 1):492–498.

(25) Dubnicki C. *Relationships among therapist empathy and authoritarianism and a therapist's prognosis. J Consult Clin Psychol.* 1977;45:958–959.

(26) *Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients* Mohammadreza Hojat, PhD, Daniel Z. Louis, MS, Fred W. Markham, MD, Richard Wender, MD, Carol Rabnowitz, and Joseph S. Gonnella, MD

(27) *Correlazione tra Empatia del Medico e Complicanze delle Malattie: Studio Empirico su Medici di Famiglia e Pazienti Diabetici a Parma, Italia\**

Stefano Del Canale, MD, PhD, Daniel Z. Louis, MS, Vittorio Maio, PharmD, MS, MSPH, Xiaohong Wang, MS, Giuseppina Rossi, MD, Mohammadreza Hojat, PhD, Joseph S. Gonnella, MD

(28) Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. *A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. Soc Sci Med.* 1998; 47:1573–1588.

(29) Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Craig BM, Niu M. *Practitioner empathy and the duration of the common cold. Fam Med.* 2009; 41:494–501.

FOUCAULT M. : *Nascita della clinica, Einaudi (1969)*

LAZZARI C., *Guida alla comunicazione tra medico e paziente, Pitagora Ed. (1994)*

V. CALVO *Il colloquio di counseling Il Mulino (2007)*

MOJA EA, VEGNI E. *La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina (2000)*

WATZLAWICK P., *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica, Feltrinelli (2004)*

WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D., *Pragmatica della*

*comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio (1971)

M. HOUGH *Abilità di counseling Erickson* (1999)