

## Comunicazione e relazionalità in medicina: lo stato dell'arte

### Flavia Caretta

Pochi cambiamenti nella vita dell'uomo sono stati così profondi come quelli prodotti negli ultimi decenni dalle scienze biomediche e dalla pratica della medicina.

Gli enormi sviluppi nel campo tecnologico hanno comportato un progresso impensato nelle capacità diagnostiche e terapeutiche, con la nascita conseguente di nuove discipline specialistiche, necessarie per far fronte al rapido aumento delle conoscenze e alle biotecnologie sempre più sofisticate. Ne è derivata una frammentazione del sapere per cui, sul piano clinico, il singolo paziente non viene più curato da un solo medico, ma da più medici, e spesso in collaborazione con esperti di altre discipline.

Accanto a un *maximum* di capacità analitica però, esiste in genere solo un *minimum* di capacità sintetica. Lo sforzo professionale è concentrato prevalentemente sull'analisi.

Eppure i referenti concettuali della medicina - salute, malattia, vita, morte - sono attinenti a una dimensione totalizzante e unificante, la persona intera.

Storicamente e tradizionalmente, la medicina è stata identificata con la pratica messa in atto da un medico nel suo incontro con un paziente, un incontro cioè fra persone. Il rapporto medico-paziente rappresenta il nucleo storico della prassi medica.

Ma attualmente, la neutralità e l'obiettività degli esami diagnostici rischiano di farne una "medicina silenziosa" nei confronti del paziente, cioè del "proprietario" della sua malattia.

Il dato clinico può diventare l'unico contenuto di una comunicazione avulsa da una relazione tra persone.

Ancora, conoscere i minimi dettagli del corpo umano non coincide sempre con maggiori capacità di cura. Ad esempio le straordinarie tecniche di immagine possono a volte evidenziare dati che non si sanno interpretare per le ricadute sulla salute della persona, generando incertezza nel medico e di conseguenza nel paziente.

Sembra quanto mai attuale la considerazione di Karl Jaspers (medico, psichiatra e filosofo), nel suo volume "Il medico nell'età della tecnica": "È strano che, in contrasto con le straordinarie capacità operative della medicina moderna, sia emersa non di rado una sensazione di fallimento. Le scoperte delle scienze naturali e della medicina hanno portato ad una competenza senza precedenti. Ma è come se per la massa delle persone ammalate sia divenuto, per ognuna di esse, più difficile trovare il medico giusto. Verrebbe da pensare che, proprio mentre la tecnica va continuamente migliorando le proprie capacità, i buoni medici si siano fatti rari".

In effetti, nella società del pensiero tecnocentrico e della comunicazione istantanea, il mestiere del medico è preso nel vortice di trasformazioni radicali, cariche anche di incertezze crescenti <sup>1</sup>.

I medici, insieme con i pazienti, e con tutte le altre figure che formano “la scena della cura”, prendono parte a queste trasformazioni con un bagaglio di saperi, di sensibilità e di aspettative che si è formato in larga misura in epoca precedente. Un’epoca segnata dalla persuasione moderna che gli essere umani sarebbero stati in grado di tener sotto controllo i fenomeni naturali, comunicativi e sociali, di ricondurre ogni azione umana verso cose o persone, a criteri di trasparenza, prevedibilità, programmazione lineare. Sviluppando saperi sempre più specialistici, inventando tecnologie sempre più ingegnose.

Gli effetti sono stati però ampiamente diversi da quelli previsti.

Paradossalmente, invece di introdurci nell’epoca agognata delle certezze, ci hanno introdotto nell’epoca dell’incertezza permanente <sup>2</sup>. Di quella che Ulrich Beck chiama “la società del rischio”.

Ma questo scenario, pur corrispondente alla realtà odierna, non la esaurisce: non si può negare infatti che, soprattutto negli ultimi venti anni, vi sia stato un crescente interesse sulle tematiche della comunicazione e della relazione in medicina, interesse che attesta l’esigenza di recuperare una prospettiva antropologica accanto a quella più specificamente biomedica.

Una comunicazione e una relazione nella quale sono intervenuti cambiamenti epocali, almeno nel mondo occidentale, se pensiamo che in tempi non molto lontani, la relazione medico-paziente era definita come “una storia di silenzio”, nella convinzione che “un buon paziente segue le direttive del medico senza fare obiezioni, senza porre domande” <sup>3</sup>.

Fino agli anni ’80, una capacità relazionale nell’ambito della medicina era vista come una qualità che un medico poteva possedere o non possedere: l’abilità nella comunicazione era considerata più una modalità del carattere che un aspetto professionale da formare nel corso degli studi e da attuare nella pratica clinica <sup>4</sup>.

Accanto a questi elementi propri del mondo medico, sono intervenuti anche fattori provenienti dal mondo esterno. La comunicazione è arrivata ad essere la base delle

---

<sup>1</sup> Manghi S., *Il medico, il paziente e l’altro. Un’indagine sull’interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano 2005, pp.11-12

<sup>2</sup> Barman Z., *The individualized Society*, Polity Press, Cambridge, 2000 (trad it. La società individualizzata, Il Mulino, Bologna, 2001)

<sup>3</sup> Katz J. *Physician and patients: A history of silence*. In Beauchamp LT, Le Roy W. *Contemporary issues in bioethics*, Belmont (CA), Wadsworth Publishing Co 1994

<sup>4</sup> Lailaw TS, Kaufman D, MacLeod H, van Zanten S, Simpson D, Wrixon W. *Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance*. *Med Educ*. 2006;40:18-27

cosiddette civiltà industriali, tanto da costringere la persona ad operare scelte che incidono profondamente sul suo modo di essere e di agire.

Tutto quanto attiene alla salute non è sfuggito a questa regola: infatti l'informazione medica viene usata per influenzare i comportamenti personali ma anche collettivi, nella prospettiva di aumentare il livello di salute della popolazione, migliorando la prevenzione e la promozione della salute.

Di conseguenza, il rapporto esclusivo tra medicina e paziente, determinante fino a qualche decennio fa, è stato sostituito da una serie di messaggi, manifesti o subliminali, che hanno finito con il dare vita ad una medicina "universale" che ha scavalcato il medico per raggiungere direttamente l'individuo malato o quello sano che teme di diventarlo<sup>5</sup>. Così che il medico qualche volta si trova di fronte un "interlocutore" che sa, o almeno crede di sapere, e avanza pretese di scelte terapeutiche.

Un altro fattore è l'influenza crescente dell'economia sulla medicina, che sembra minacciare la natura essenziale del rapporto medico-paziente. Alcuni affermano che i medici in questa prospettiva corrono il pericolo di essere deprofessionalizzati<sup>6</sup>. Altri sostengono che il patto di fiducia tra medici e pazienti è minato dalle tendenze al profitto<sup>7</sup>.

In sintesi, una situazione contraddittoria. Di fronte alle straordinarie possibilità terapeutiche odierne, si assiste parallelamente al processo di aziendalizzazione in sanità, al consumismo farmacologico, alla burocrazia crescente: il rischio è quello di portare ad una medicina decadente e tecnologica dove il malato spersonalizzato diviene oggetto anziché persona e anche la figura del medico si appanna fino a costituire un semplice tecnocrate.

Inoltre, la pratica di una medicina basata sull'evidenza ha cambiato il ruolo del medico da un dispensatore di informazioni mediche ad un raccogliitore e ad un analizzatore delle medesime.

Una domanda fondamentale a questo punto è se la comunicazione tra medico e paziente sia realmente necessaria, e - se lo è - se rappresenti solo una forma di cortesia professionale o soltanto una attestazione dei diritti del paziente.

Se si considera la storia della medicina ai suoi inizi, verso il V secolo a.C., si evidenzia che il medico ippocratico costituisce l'archetipo del medico tanto impegnato

---

<sup>5</sup> cfr. Fernandez C. *Etica della comunicazione in medicina. Ital Heart J Supp* 2002; 3(12): 1225-1228

<sup>6</sup> Blumentale D., *Effects of market reform on doctor and their patients. Health Aff (Millwood)*. 1996; 15:170-184; Zoloth-Dorfman L, Rubin S. *The patient as commodity: managed care and the question of ethics. J Clin Ethics*. 1995; 6:339-357

<sup>7</sup> Cassel CK. *The patient-physician covenant: an affirmation of Asklepios. Conn Med*. 1996; 60:291-293

tecnicamente quanto umanamente coinvolto. Uno dei più antichi precetti medici recita: "Dove c'è philanthropia c'è anche philotechnia".

Significava che l'essere amico dell'uomo (filantropo) era il modo migliore per essergli veramente d'aiuto usando le risorse dell'arte (tecnofilo). Ma significava inoltre che l'impegno tecnico nell'arte medica era il mezzo finalizzato anche al conseguimento di un buon rapporto d'amicizia, giovevole al paziente quanto le altre cure. Ancora, l'antico aforisma "Non c'è medico che non sia filosofo", ribadiva nel tempo che il medico doveva possedere la philosophia naturalis, cioè conoscere a fondo la natura, compresa quella umana.

Successivamente Rufus di Ephesus, un medico Greco vissuto al tempo dell'impero romano (I secolo d.C.) e noto per la ricchezza delle sue descrizioni cliniche, affermava che è necessario parlare con il paziente, per instaurare una relazione che permette di individuare un migliore trattamento della sua patologia, di conoscere i suoi atteggiamenti verso la vita, che condizionano la terapia.

Facendo un salto ora fino al XIX secolo, Peabody affermava che "Il significato della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non potrà mai essere troppo enfatizzato, in quanto da questo dipendono un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura".

E oggi? Il top nell'ambito scientifico è rappresentato dai trial clinici randomizzati, per i quali esistono metodi clinico-epidemiologici per valutarne l'efficacia; ma nello stesso tempo stanno emergendo metodi più rigorosi anche per valutare il cosiddetto "fattore soggettivo" quale oggetto di ricerca. In questo ambito, il miglioramento della comunicazione tra medici e pazienti, tra operatori sanitari e pazienti, è particolarmente rilevante<sup>8</sup>.

Ma c'è un altro aspetto, direi quasi sorprendente di fronte alla prospettiva spesso riduttiva della medicina: la riscoperta della spiritualità. Già 10 anni fa<sup>9</sup> si affermava che la "spiritualità è il fattore dimenticato in medicina" e, da più parti, si auspicava che venisse inserita nei curricula degli studi di medicina.

Le ricerche volte ad indagare le relazioni fra spiritualità o fede religiosa e stato di salute<sup>10, 11</sup> sono andate moltiplicandosi, soprattutto nell'ultimo decennio: si ritiene che già

---

<sup>8</sup> Larson EB. *A new editor for Annals of Internal Medicine- 2001*, Annals of Internal Medicine 2001;134(11):1072-1073

<sup>9</sup> Firshein J. Spirituality in medicine gains support in the USA. The Lancet 1997; 349 May 3: 1300

<sup>10</sup> Faith & Healing. *Can prayer, faith and spirituality really improve your physical health? A growing and surprising body of scientific evidence says they can* in "Time", 24 giugno 1996, p. 35

<sup>11</sup> Caretta F., Petrini M., *Ai confini del dolore. Salute e malattia nelle culture religiose*, Città Nuova, Roma 1999

nell'anno 2.000 almeno 1200 studi pubblicati su riviste scientifiche avevano come oggetto le relazioni tra religiosità e salute, moltissimi dei quali riportavano una correlazione positiva tra queste variabili. Ma se la spiritualità è importante per la salute del paziente, lo dovrebbe diventare anche per il medico del paziente, che deve considerarla elemento essenziale nell'ambito terapeutico.

Appare evidente quindi come l'attenzione per la comunicazione e la relazione siano state una costante, presente sin dall'inizio della storia della medicina.

Se si consulta la letteratura medica degli ultimi anni, si trovano innumerevoli articoli su queste tematiche, a testimonianza dell'interesse crescente per esse.

Alcuni studi sottolineano che le difficoltà di comunicazione nella relazione medico-paziente hanno conseguenze negative soprattutto sull'aderenza al trattamento e sul rispetto della prescrizione. La qualità della comunicazione ha un impatto determinante anche sulla soddisfazione del paziente<sup>12</sup>, sugli outcome<sup>13, 14</sup> sui costi sanitari, sulle denunce per malpractice<sup>15</sup>.

A questo proposito, già nel 1994 si evidenziava che i due terzi delle cause giuridiche in ambito professionale medico erano da imputare ad un difetto di quantità e qualità della comunicazione interpersonale più che a manchevolezze o errori diagnostici o tecnici<sup>16</sup>.

Nella pratica clinica i problemi più frequenti nella comunicazione con il paziente emergono nel momento in cui si dimostra di non ascoltarlo; un altro ostacolo è il ricorso ad un linguaggio tecnico che contraddice lo stesso concetto di comunicazione; comunicazione che esiste, in quanto tale, solo se il messaggio è interpretato e compreso allo stesso modo da chi lo emette e da chi lo riceve. Si è affermato che l'insoddisfazione del paziente per la cattiva comunicazione ha un peso di gran lunga superiore a qualsiasi altra insoddisfazione circa le competenze tecniche<sup>17</sup>.

Un'altra considerazione riguarda i contenuti e le modalità della comunicazione.

Negli ultimi decenni si è assistito ad una trasformazione sostanziale: un tempo si attribuiva al medico la discrezionalità nel fornire o no le informazioni al paziente, a seconda che le ritenesse opportune per favorire la sua salute. Nel giro di pochi anni, è

---

<sup>12</sup> Wiggers J.H., Donovan K.O., Redman S., et al. *Cancer patient satisfaction with care*. Cancer 1990;66:610-16

<sup>13</sup> Greenfield S., Kaplan S., Ware J-E Jr. *Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes*. Ann Intern Med 1985;102:520-28

<sup>14</sup> Stewart M.A. *Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*. Can Med Assoc J 1995;152:1423-33

<sup>15</sup> Levinson W., Roter D.L., Mullouly J.P. et al. *Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons*. JAMA 1997;277:553-59

<sup>16</sup> Journal American Medical Association, 1994

<sup>17</sup> Buckmann R., *La comunicazione della diagnosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003, pp. 37-39

stato riconosciuto il diritto esclusivo del paziente di essere informato, diritto rafforzato dalle disposizioni legali di tutela della privacy.

L'impressione tuttavia è che i comportamenti dei sanitari rischiano di essere influenzati non tanto dalle norme deontologiche, quanto piuttosto dal timore di procedimenti giudiziari.

Quando esiste una comunicazione spesso si limita ad un nudo processo informativo: senza coinvolgimento empatico, in assenza di relazione autentica e di un fondamento etico, che non sia quello del rispetto formale dei diritti. Ne è un esempio la richiesta del consenso informato, che si limita in genere ad una semplice sottrazione di responsabilità da parte del medico piuttosto che ad una informazione corretta del paziente.

Esiste quindi un divario tra teoria e pratica: la ricerca scientifica ha ormai sottolineato ampiamente la centralità della comunicazione in medicina e cerca di definire come questa comunicazione può essere pensata, insegnata e attuata<sup>18</sup>: ma in che misura questo bagaglio scientifico e culturale riesce ad influenzare l'agire medico?

Lo stesso ambito accademico si sta interrogando sui contenuti dell'insegnamento nelle Facoltà di Medicina: si ritiene fondamentale far comprendere agli studenti che una cura efficace si fonda sulla comprensione della storia biologica, psico-sociale e culturale del paziente<sup>19</sup>. E per raggiungere questo obiettivo, il medico deve essere in grado di utilizzare le capacità comunicative, la conoscenza biomedica e il ragionamento clinico per formulare le ipotesi diagnostiche. Si sostiene la stretta correlazione tra l'attuazione di queste abilità nella pratica assistenziale e vari outcome rilevanti, quali la diagnosi e la terapia, una diminuzione degli errori medici, una riduzione dello stress, una maggior soddisfazione da parte sia del paziente che del medico.

Eppure, nonostante questi sforzi, è raro che venga insegnato agli studenti di medicina come fare per integrare la comunicazione con il ragionamento clinico. A tutt'oggi i giovani medici in genere imparano ancora le modalità del rapporto con il paziente sul campo e dall'esempio dei colleghi più anziani. Ne deriva la necessità di prevedere percorsi formativi efficaci.

In conclusione, potremmo immaginare il rapporto medico-paziente come un percorso: dall'informazione alla comunicazione, dalla comunicazione all'incontro, dove l'ascolto attivo gioca un ruolo fondamentale. Ma potrebbe anche essere un percorso inverso, dato

---

<sup>18</sup> Kurtz S, Laidlaw T, Makoul G, Schnabl G. *Medical education initiatives in communication skills*. Cancer Prevention Control 1999; 3:37-45; Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine*, 2<sup>nd</sup> edn. Abington, Oxon: Radcliffe Publishing Ltd. 2005

<sup>19</sup> Windish D.M., Pric G.E., Clever S.L., Magaziner J.L., Thomas P.A., *Teaching Medical Students the Important Connection between Communication and Clinical Reasoning*. Journal of General Internal Medicine 2005;20(12):1108

che in un rapporto umano la neutralità è impossibile: ogni incontro produce presenza e la presenza è sempre comunicazione.

Sullo sfondo allora, quale punto di partenza ed insieme mèta ideali, si può intravedere quell'incontro che non è solo uno scambio tra chi è portatore di un bisogno e chi ha risposte efficaci, non è solo uno scambio tra ruoli: è uno scambio tra persone, in una situazione di suprema densità antropologica.

Uno scambio che può diventare terapeutico anche per il medico stesso.

Si è affermato che "Se la biologia molecolare è stata adottata quale paradigma della medicina del 20mo secolo, il paradigma medico per il 21mo secolo dovrebbe essere centrato sulla relazione" <sup>20</sup>.

E' una sfida da raccogliere perché possa diventare un obiettivo largamente condiviso e attuato.

Ma direi di più: perché non fare di questa proposta un progetto operativo?

La sfida allora è quella di provare a sostanziare l'agire medico delle dimensioni di reciprocità, di comunione, mettendole a fondamento di ogni relazione.

---

<sup>20</sup> cfr. Johns Hopkins University, *Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century* 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit October 30 – November 2, 2003 Phoenix, Arizona V.1 ©2004 American Healthways, In