

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Dottorato di Ricerca in Scienze Umane - XXI Ciclo



**LA FORMAZIONE ALLA RELAZIONE DEGLI STUDENTI DI MEDICINA:  
ASPETTI TEORICI, METODOLOGICI E DI RICERCA APPLICATA.**

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Ottavia ALBANESE

Candidato:

Lorenzo TAGLIABUE

Matricola: R00806

Anno Accademico 2009-2010

*Ciò che dobbiamo imparare a fare,*

*lo impariamo facendolo*

*Aristotele*

# INDICE

<b>ABSTRACT</b>	<b>5</b>
<b>RIASSUNTO</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>7</b>
<b>1. CENNI DI STORIA DELLA MEDICINA: L'ARTE, LA TECNICA, ;A SCIENZA</b>	<b>11</b>
1.1 LE ORIGINI DELLA MEDICINA	11
1.2 PRIMI PASSI;MEDICINE REGOLARI	12
1.2.1 Il distacco dalla religione	15
1.2.1    Medicine antiche	
1.3 INTERMEZZO E RITORNO ALLA RELIGIONE	17
1.3.1    Luoghi di preghiera, cura e assistenza	17
1.3.2    Le università e le prime formalizzazioni	18
1.4 RINASCITA: ANATOMIA E METODO SPERIMENTALE	19
1.4.1    Ripensamenti circa la tradizione	19
1.4.2    Anatomia	20
1.4.3    Metodo sperimentale	22
1.5 VERSO LA SCIENZA	24
1.5.1    Ultimi barlumi di tradizione	24
1.5.2    A un passo dalla gloria	25
1.6 LA SCIENZA MEDICA E I SUOI MIRACOLI	26
1.6.1    Medici e pazienti	26
1.6.2    Farmaci e pazienti	27
1.7 OLTRE LA SCIENZA	30
1.7.1    Limiti all'orizzonte	30
1.7.2    Etica	31
<b>2. LA MEDICINA OGGI. MODELLI A CONFRONTO</b>	<b>33</b>
2.1 LA MEDICINA "DISEASE CENTRED"	33
2.1.1    Definizione e basi teoriche	33
2.1.2    La pratica clinica	34
2.1.3    Riflessioni su punti di forza e limiti	36
2.2 LA MEDICINA "PATIENT CENTRED"	38
2.2.1    Un modello integrativo	38

2.2.2 La clinica “patient centred”	42
2.2.3 Vantaggi e limiti	44
<b>3. LA FORMAZIONE ALLA MEDICINA “PATIENT CENTRED”</b>	<b>48</b>
3.1 CHE COSA SONO LE ABILITÀ’ RELAZIONALI	48
3.1.1 “Skills”	48
3.1.2 “Attitudes”	51
3.2 FORMAZIONE RICERCA	53
3.2.1 Formazione alla medicina “patient centred”	53
3.2.2 Role-playing	55
3.2.3 La ricerca di “consensi”	57
3.3 LE FACOLTA’ DI MEDICINA IN ITALIA	60
3.3.1 Il “core curriculum”	60
3.3.2 La formazione in Italia	64
<b>4. LA COSTRUZIONE DELLA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE. DIMENSIONI EMOTIVE FONDANTI E STILI DI PERSONALITA’</b>	<b>67</b>
4.1. IL PARADIGMA COSTRUTTIVISTA:CENNI TEORICI	67
4.1.1 Il Sé metodico e analizzatore	69
4.1.2 Il Sé volitivo e controllante	70
4.1.3 Il Sé duttile e fantasioso	71
4.1.4 Il Sé responsabile e riflessivo	72
4.2 IL COSTRUTTIVISMO NELLA RELAZIONE MEDICO – PAZIENTE: RAPPORTI DIFFICILI	73
4.3 LE EMOZIONI COME STRUMENTI DI LAVORO	75
<b>5. LA RICERCA: ANALISI DEI COLLOQUIO E DELLE DIMENSIONI RILEVANTI IN UN GRUPPO DI STUDENTI DI MEDICINA CON ESPERIENZA DI REPARTO</b>	<b>77</b>
5.1 OBIETTIVO	77
5.2 CAMPIONE	78
5.3 STRUMENTI	79
5.3.1 Analisi dei role-playing	79
5.3.2 Protocollo di ricerca	81
5.4 METODOLOGIA	84
5.4.1 Analisi dei colloqui tramite il RIAS	84
5.4.2 Analisi dei colloqui tramite il VNSA	86

5.4.3 Analisi dei questionari	87
5.5 RISULTATI	88
5.5.1 Analisi dei role-playing	88
5.5.2 Analisi dei protocolli di ricerca rispetto alla tipologia di colloqui svolti	95
5.6 DISCUSSIONE	103
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>108</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>110</b>
<b>ALLEGATO I - Esempio di caso utilizzato nei role-playing</b>	<b>118</b>
<b>ALLEGATO II - Protocollo di Ricerca</b>	<b>120</b>
<b>ALLEGATO III - Categorie RIAS</b>	<b>134</b>
<b>ALLEGATO IV - Esempio di sbobinatura di un colloquio</b>	<b>137</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>141</b>

## **ABSTRACT**

The “patient centred” medicine empathizes the role of relationship and communication between physician and patient (Shorter, 1986; Mead e Bower, 2000).

Teaching and learning clinical and communication skills are now recognized as essential components in medical school because they allow students to pay attention to their own emotions, attitudes and behaviour in response to specific situations (Smith, 2004; Benbassat e Baupal, 2005).

Situated learning, role playing in particular, is widely adopted to foster self reflexivity in medical student (Vettore, 1996).

The aim of this research is to inquire medical students’ communication style and if some dimensions affect it, in order to plan more useful training.

29 role playing are videotaped and then analysed through a small version of Roter’s Interaction Analysis System (RIAS) and Verona Network on Sequence Analysis.

Then 21 role playing were linked with some questionnaires that investigate some personality dimensions.

Data analysis show that students, that attended relational courses, have a patient oriented communication style. Finally empathy and clinical practice’ representation influence students’ communication style.

### **Key words:**

Communication; medical students; personality dimensions.

## **RIASSUNTO**

All'interno di un paradigma medico maggiormente centrato sul paziente (Shorter, 1986; Mead e Bower, 2000) assumono particolare rilevanza le competenze comunicative e relazionali degli operatori sanitari.

La formazione a livello universitario diventa in questo senso un momento fondamentale per permettere ai giovani medici di sviluppare una riflessione critica riguardo il proprio modo di entrare in relazione con l'altro aumentando così la propria capacità di modulare in maniera funzionale le attivazioni emotive che ogni professione sanitaria comporta. (Smith, 2004; Benbassat e Baumal, 2005).

L'uso di tecniche di apprendimento attive quali i role-playing vengono sempre più largamente utilizzate al fine di poter attivare una riflessione personale (Vettore, 1996).

Lo scopo del lavoro è indagare lo stile comunicativo di un gruppo di studenti che ha preso a corsi elettivi basati sulla relazione al fine di creare corsi di formazione più mirati.

29 role-playing sono stati videoregistrati e successivamente analizzati attraverso una versione modificata del Roter's Interaction Analysis System (RIAS) e del Verona Network on Sequence Analysis. Alcune dimensioni sono state inoltre associate allo stile comunicativo di 21 studenti che si sono resi disponibili per la compilazione di alcuni questionari.

Dall'analisi dei risultati emerge che gli studenti che prendono parte ai corsi relazionali hanno uno stile comunicativo "patient centred" e che in linea con le ipotesi iniziali, l'empatia e la rappresentazione che gli studenti hanno della pratica medica e della relazione con il paziente influenzano il loro modo di comunicare.

### **Parole chiave**

Comunicazione medico paziente; studenti di medicina; dimensioni di personalità.

## INTRODUZIONE

La storia della medicina è costellata di continue revisioni e aggiornamenti di idee, teorie e metodi. Partita dall'osservazione naturalistica l'ars medica è riuscita nel corso del tempo ad affrancarsi dal campo della filosofia per entrare a far parte, grazie alle discipline fisiche e matematiche, del mondo della scienza. Per molti secoli le scoperte scientifiche sono progredite lentamente facendosi spazio nel bagaglio di conoscenze tradizionali dei medici fino a giungere nella prima metà del secolo scorso alla rivoluzione farmacologia che ha cambiato in maniera radicale il modo di intendere la medicina occidentale. L'inizio della seconda metà del 1900 è costellato di ottimismo per i progressi delle conoscenze e delle tecnologie a disposizione (Sala, 2008).

È soprattutto nel corso di questi anni che la medicina assume il paradigma biologico come riferimento teorico e pratico in maniera stabile e definitiva. Il modello imperante oggi, saldamente ancorato alle conoscenze chimico-fisiche, pone al centro dell'attenzione del professionista la malattia, intesa come alterazione di variabili oggettivamente misurabili, la sua eventuale connessione ad altre malattie e la sua cura, tralasciando tutte quelle dimensioni sociali e psicologiche legate alla persona che, difficilmente quantificabili, rischiano di inficiare l'oggettività della disciplina.

Sul piano pratico la ricaduta consiste in un costante lavoro di monitoraggio, attraverso esami sempre più specialistici, della malattia tralasciando l'attenzione alla persona che aveva da sempre caratterizzato l'evoluzione della disciplina medica.

Come sottolinea ancora Sala (2008) “un tempo un'accurata anamnesi e un accurato esame obiettivo costituivano l'inizio necessario di un procedimento che doveva inserire il sintomo denunciato nella storia di vita della persona in una possibile storia di malattia, pena una sua non comprensione. Gli stessi strumenti sono presenti ancor oggi ma con un'altra impronta, in quanto diventati collaterali rispetto a un armamentario tecnologico più vasto e raffinato”.

I toni trionfalistici che hanno accompagnato la penetrazione della medicina nella società, attraverso la lenta appropriazione dei significati della malattia e della salute, passando attraverso la prevenzione e lo stile di vita, hanno tuttavia creato la falsa illusione della salute a tutti i costi e hanno finito per creare un'equivalenza tra la il limite e il fallimento (Gadamer, 1994).

L'aumento delle malattie croniche e degenerative ha tolto così smalto al potere della medicina senza tuttavia che i pazienti riducessero le loro aspettative verso i "miracoli" della medicina. Tutto questo ha sicuramente contribuito al disgregarsi del rapporto di fiducia tra medico e paziente come riflesso di una medicina impegnata a curare le malattie e non le persone.

Il modello "disease centred" è oggi sotto accusa per la scarsa attenzione alla persona e per la poca umanizzazione dei trattamenti. Si propone da più parti una ripresa del modello biopsicosociale (Engel, 1977) come alternativa al modello attuale. Il nuovo modello definito "patient centred" prevede l'integrazione dell'attuale attenzione alla malattia con l'attenzione alla persona attraverso l'utilizzo privilegiato dello strumento della comunicazione e della relazione con il paziente.

La caratteristica principale di questo nuovo modello consiste in una maggiore attenzione al vissuto personale del paziente inteso come un'unità non scomponibile nelle sue diverse componenti di mente e corpo. La patologia in questo senso si inserisce nella vita della persona lungo un continuum che riduce la distanza tra il sano e il malato per lasciare spazio a una visione allargata dell'esistenza delle persone. La modifica sostanziale dal punto di vista teorico si concretizza in un differente approccio al malato (Mead e Bower, 2000).

Il colloquio clinico diviene il momento privilegiato per entrare in contatto con il paziente e per creare un'alleanza terapeutica che favorisca il ruolo attivo del paziente, non più soggetto passivo e portatore di malattia a cui somministrare cure, ma soggetto attivo e protagonista al pari del medico, seppure con evidenti competenze diverse, del percorso terapeutico.

La conduzione di un colloquio e di un più generale approccio "patient centred" si collega direttamente al tema della formazione degli studenti di medicina e all'organizzazione delle facoltà mediche rispetto alle tematiche della comunicazione e della relazione con il paziente.

Mentre il modello biologico ha da sempre goduto, in ambito formativo, del vantaggio della misurabilità dei suoi oggetti di insegnamento intesi come capacità tecniche-gestuali, le capacità comunicative e relazionali sono state oggetto di accesi dibattiti rispetto alla loro insegnabilità e rispetto alla verifica dell'apprendimento (Vettore, 1996).

Da diversi anni una mole di ricerca ha portato allo sviluppo di filoni formativi della medicina "patient centred". Un filone riguarda l'acquisizione di abilità relazionali intese

come comportamenti utili all'implementazione di una corretta modalità comunicativa, definite "skills", e considerate componenti irrinunciabili per la comunicazione in medicina.

All'interno dei corsi di laurea di medicina è così cresciuta, nel corso dell'ultimo ventennio, l'attenzione per l'insegnamento di tecniche specifiche, definite "skills", che facendo leva sulla parziale misurabilità, rivestono un'importanza fondamentale nel monitorare l'andamento delle competenze comunicative degli studenti in vista dell'esame che abilita al termine del percorso di studi (Aspegren, 1999).

Allo stesso modo particolare attenzione viene posta, nell'ambito formativo, all'atteggiamento personale del medico verso la propria professione futura, attraverso una formazione più basata sulle "attitudes", intese come un insieme di atteggiamenti, idee, credenze, aspettative circa lo svolgimento del proprio lavoro e circa il ruolo del medico nel rapporto con il paziente, che mirano a sviluppare una visione maggiormente allargata del lavoro medico rispetto alla semplice cura della malattia.

All'interno di questo contesto si pongono i filoni di ricerca che cercano di indagare quali dimensioni possano favorire la costruzione di un colloquio centrato sul paziente. L'empatia, la flessibilità comportamentale, l'attitudine al prendersi cura e al condividere sono sicuramente variabili importanti all'interno di un colloquio medico nel momento in cui anche il professionista mette in gioco la propria persona attraverso le emozioni che la relazione può generare.

Laddove l'oggetto di indagine venga riconosciuto nella persona e nella sua capacità di rapportarsi con l'altro all'interno del contesto specifico dell'ambito medico-sanitario, è inevitabile il ricorso alla dimensione emotiva del medico stesso, considerata come il motore primo di ogni conoscenza del mondo e di ogni rapporto con lo stesso (Guidano, 1988; 1992).

Lo scopo del lavoro descritto nell'ultimo capitolo è quindi quello di analizzare le modalità di conduzione di colloqui da parte di studenti, che stanno svolgendo attività di reparto come parte del tirocinio pratico, attraverso strumenti in grado di descrivere l'interazione tra medico e paziente e indagare le possibili relazioni tra i suddetti colloqui e alcune dimensioni rilevanti come l'empatia, la rappresentazione della pratica medica, la flessibilità del proprio stile comportamentale.

L'ipotesi di fondo che ha guidato il lavoro è che l'attitudine alla conduzione di un colloquio clinico centrato sul paziente emerga dal complesso intreccio di rappresentazioni personali circa il proprio ruolo di medico, dell'atteggiamento verso il

ruolo del paziente e della diversa capacità di entrare in sintonia con l'altro. Laddove alcune dimensioni risultino maggiormente rilevanti nell'influenzare lo svolgimento del colloquio queste potrebbero diventare le basi su cui costruire corsi formativi sempre più mirati e fungere da guida per la relativa scelta di strumenti e metodologie di sviluppo.

La ricaduta applicativa in termini formativi consiste nell'organizzazione di corsi e moduli sempre più specifici volti a coniugare una didattica esperienziale sempre più caratterizzata dalla partecipazione attiva dei discenti a un oggetto di insegnamento effettivamente rilevante per la futura pratica medica.

# 1. CENNI DI STORIA DELLA MEDICINA: L'ARTE, LA TECNICA, LA SCIENZA.

*La medicina è un compendio degli errori  
successivi e contraddittori dei medici.  
Marcel Proust*

*Misura ciò che è misurabile e  
rendi misurabile ciò che non lo è  
Galileo Galilei*

## 1.1 LE ORIGINI DELLA MEDICINA

Alcuni autori fanno risalire la nascita della medicina alla comparsa delle prime forme di automedicazione e di cura da parte degli uomini primitivi di fronte a evidenze di malattia e traumi aperti (Armocida e Zanobio, 1997).

Le fonti storiografiche ed archeologiche suggeriscono un primo cambiamento nelle forme di malattie, peraltro poco conosciute, nel momento del passaggio cruciale dell'uomo alla vita sedentaria. Le rudimentali forme di convivenza sociale portarono, presumibilmente, alla comparsa di malattie infettive e insieme ad esse dei primi tentativi di cura e aiuto verso i conspecifici malati.

Le pratiche curative venivano affidate alle conoscenze empiriche e ai rimedi naturali patrimonio delle famiglie e dei diversi gruppi sociali.

Componente irrinunciabile di questi primordi della pratica medica era l'invocazione al soprannaturale. La malattia era un mistero e come tale rientrava nel campo della religione che inglobava tutto ciò che di oscuro, imprevedibile e inspiegabile era presente nel mondo. Di conseguenza la guarigione veniva ricercata attraverso invocazioni ad entità spirituali capaci di curare e allo stesso tempo di fornire rassicurazioni circa la natura di un mondo retto da forze arcane e fuori controllo.

Si può affermare, dunque, che tra le prime spiegazioni nate per rendere conto dei fenomeni legati alla malattia e alla salute, la religione occupi un posto di rilievo e ne resta testimonianza nelle diverse mitologie di popoli, anche appartenenti a gruppi etnici differenti, all'interno delle quali è sempre possibile trovare riferimenti a entità divine specificatamente legate ai temi della salute e della malattia (Cosmacini, 2007).

Con la nascita della scrittura, nel IV secolo a.c., si è soliti indicare il passaggio dalle pratiche istintive a forme di medicina definite "regolari". La possibilità di scrivere,

condividere e tramandare conoscenze e credenze permise una prima diffusione, seppure in forma ancora limitata, di idee e pratiche legate ai temi della medicina (Maccani, 2007).

Ancora forti erano gli incroci tra interpretazioni magiche ed empiriche dei mali che regolarmente affliggevano le persone e i gruppi, ma con l'ausilio della scrittura presero corpo i primi tentativi di razionalizzare e rendere coerenti gli atti che riguardavano la malattia e la guarigione.

In Mesopotamia, Egitto, Grecia e ancora in India e in Cina, fino all'America precolombiana d'oltreoceano, fiorirono filoni di pratica medica rigogliosi e ricchi di spunti, all'interno delle quali alla conoscenza clinica si affiancava già quella chirurgica e che in alcuni casi ancora oggi si sono conservati al fianco della medicina di matrice occidentale.

Mentre, infatti in occidente l'evoluzione storica, sociale e culturale porterà la medicina a rientrare all'interno del campo delle scienze grazie al connubio con la fisica, la chimica e la biologia, nella cultura orientale, ad esempio, le medicine regolari continueranno per secoli ad essere il punto di riferimento non soltanto per tutto ciò che concerne la pratica medica ma più in generale fungeranno da filosofie di vita orientando pensiero e attività delle persone e continuando a essere mescolate con tematiche morali e religiosi.

## **1.2 PRIMI PASSI: MEDICINE REGOLARI**

### **1.2.1 Il distacco dalla religione**

Il primo passo del tentativo di fondare una medicina occidentale slegata da influenze religiose risale al V secolo a.c. e rimanda alla figura di Ippocrate di Kos, e alla scuola di pensiero che da lui prese il nome.

Prima del contributo di Ippocrate la medicina in occidente si presentava con i medesimi caratteri teurgici propri delle medicine tradizionali di altre regioni del mondo. In particolare cause e ragioni della malattia e della guarigione erano legate a specifiche divinità a cui venivano dedicati templi presso cui recarsi nel momento del bisogno. I sacerdoti fungevano da intermediari tra le richieste degli uomini e i responsi degli dei.

In Grecia, ad esempio, erano noti gli Asclepiei, templi dedicati al dio Asclepio, in cui si praticava il metodo dell'incubazione, esempio di pratiche curative in cui superstizione e religione si fondevano per dare vita a pratiche che oggi definiremmo sanitarie. La forza terapeutica della guarigione si esplicava attraverso un complesso cerimoniale che

prevedeva l'accesso dei malati all'interno dei templi in appositi luoghi dove, durante il sonno, il dio mandava un messaggio che costituiva, grazie all'eventuale chiarificazione dei sacerdoti, l'indicazione terapeutica che poteva portare alla guarigione del male.

L'opera di Ippocrate si pose, per la prima volta, come punto di rottura rispetto alla normale prassi del tempo: attraverso l'osservazione e la ragione e con la convinzione che non vi è arte senza metodo Ippocrate creò il primo sistema medico grazie al quale interpretare salute e malattia attraverso un impianto filosofico che fungesse da guida per il riconoscimento di malattie e cure in maniera organizzata e sistematica.

La salute era intesa come equilibrio e la malattia come squilibrio di quattro liquidi o umori: il sangue, la flemma, la bile gialla e la bile nera. L'eccesso o la mancanza in uno dei quattro umori poteva generare malattie specifiche. Le cure, in linea con quanto previsto dal sistema teorico di riferimento consistevano nel ripristino dell'equilibrio perduto attraverso l'aggiunta o la sottrazione di fluidi. L'evacuazione si praticava attraverso purghe, salassi, vomito, l'incremento della deficienza attraverso diete e rimedi estrapolati dalla tradizione empirica legata all'uso di piante ed erbe (Armocida e Zanobio, 1997)

L'approfondimento dei dettagli tecnici del sistema in discussione esula dallo scopo del presente lavoro, tuttavia è essenziale rilevare la portata dello stravolgimento operato da Ippocrate all'interno dell'interpretazione della malattia e della cura. Gli dei venivano posti in secondo piano a favore della forza guaritrice della natura capace di curare come di far ammalare gli esseri umani.

Per riuscire a dare una corretta interpretazione della malattia vennero sviluppate le prime metodologie di indagine clinica basate sull'osservazione del malato, della sua struttura fisica, del suo aspetto ma anche del suo comportamento e dei suoi atteggiamenti. I principali strumenti di osservazione erano la vista, il tatto e l'olfatto. Segni clinici di interesse erano anche l'odore, l'umidità della pelle e delle mucose.

A fianco di dati maggiormente "oggettivi" vi era una minuziosa anamnesi che si basava su uno stretto dialogo con il malato al fine di raccogliere informazioni rilevanti circa la famiglia di origine, la regione di provenienza, il lavoro svolto. Più che una vera e propria diagnosi il medico antico forniva una sorta di prognosi e di indicazioni circa il possibile esito della malattia. Si trattava di una elaborazione teorica della malattia che poneva l'uomo al centro dell'attenzione con tutte le sue manifestazioni, non tralasciando né privilegiando nessun particolarismo.

La separazione tra religione e medicina era stata sancita e ne era la riprova il giuramento che da Ippocrate prese il nome e che ancora oggi, seppure rivisitato in forma moderna, è fonte di riconoscimento dei medici:

*Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dei tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni, che eseguir, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto: di stimare il mio maestro di questa arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest' arte, se essi desiderano apprendersela; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio maestro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun*

*altro.*  
*Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa.*

*Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerir un tale consiglio; similmente a nessuna donna io dar un medicinale abortivo.*

*Con innocenza e purezza io custodir la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolger a coloro che sono esperti di questa attività.*

*In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.*

*Ci che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacer ci che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.*

*E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro.*

Ippocrate, *Opere*, a cura di Mario Vegetti, 1976, UTET

All'interno della formula del giuramento l'aspetto divino veniva invocato come garante della promessa di operare secondo criteri ispirati alla moderazione e al rispetto. Non tanto un'invocazione agli dei perché guariscano le malattie dunque, quanto piuttosto un'vera e propria assunzione di responsabilità degli uomini di fronte al divino affinché usino al meglio l'arte e la tecnica che stanno andando a sviluppare e non abusino del potere che dall'esercizio del sapere medico inevitabilmente consegue (Cosmacini, 2007).

Le materie principali di studio e formazioni di questi primi medici, soprattutto dopo la mediazione operata da Aristotele (384-322 a.c.) che saldò la medicina alla filosofia della natura, rientravano nel campo arti liberali ad indicare l'importanza dell'osservazione delle manifestazioni della natura e del ragionamento, strumenti basilici per il buon medico dell'antichità.

La medicina si separava, quindi, dalla religione per iniziare un percorso autonomo caratterizzato dalla frammentazione. Fiorirono, infatti, diverse interpretazioni che pur facendo riferimento agli insegnamenti di Ippocrate e all'imponente opera a lui attribuita, il *Corpus Hippocraticum*, svilupparono varianti differenti.

Non esisteva una sola medicina, ma più medicine ognuna con modificazioni rispetto al pensiero originario legate alla quantità e alla qualità della mescolanza di nuove conoscenze mediche che andavano a fondersi con quelle tradizionali.

Già nel III secolo a.c. fiorivano particolarismi che prendevano forme di sette mediche costituite per lo più da adepti che si raggruppavano intorno ad alcuni principi di fondo condivisi ritenuti validi ed efficaci. Basti ricordare che contro la medicina definita “dogmatica” in quanto troppo legata allo sforzo intellettuale di giungere alla malattia attraverso il ragionamento fiorirono filoni “empiristi” più dediti all’osservazione e alla pratica e filoni “metodici” che pur condividendo con gli empiristi l’attenzione per i fenomeni osservabili tentarono di creare i primi abbozzi di sistemi classificatori di entità patologiche distinte.

La medicina nel tentativo di separarsi dalla religione, non ancorata a una propria identità stabile, ramificava, dunque, alla ricerca di nuovi spunti.

### **1.2.2 Medicine antiche**

Lo spostamento storico e culturale del mondo occidentale verso Roma in corrispondenza dell’ascesa della città italiana a centro del mondo occidentale portò con sé un grande fenomeno migratore di uomini e di idee verso quella che stava diventando la culla della civiltà. All’interno della sempre crescente organizzazione romana la medicina venne ulteriormente formalizzata in vere e proprie scuole con insegnamenti specifici e specifiche mansioni sia in campo civile che militare. In particolare le continue guerre espansionistiche romane contribuirono ad affinare la pratica medica e ancor più quella chirurgica. La medicina di origine greca, egiziana, Alessandrina e di tutti i territori conquistati dall’impero andava così a fondersi con la tradizione romana già debitrice delle conoscenze tradizionali etrusche .

Tra gli autori che più contribuirono all’avanzamento delle conoscenze mediche del tempo un posto di rilievo fu occupato da Galeno di Pergamo che operò a Roma nel II secolo d.c.

Pur mantenendo salda la tradizione umorale di Ippocrate, Galeno aggiunse nozioni filosofiche e anatomiche sviluppando un sistema di riferimento che, anche se oggi appare impreciso e fortemente discutibile, godette di una indiscussa autorità in campo medico per molti secoli (Maccani, 2007).

La tripartizione del pneuma o spirito, in animale, vitale e fisico rendeva conto della complessa regolazione delle varie parti del corpo. Il passaggio delle sensazioni e degli umori, ripresi dalla dominante tradizione Ippocratica, dai vari centri del corpo, come il fegato, il cuore, i polmoni e il cervello, fino a distretti periferici era garantito dai nervi, e dai vasi sanguinei distinti in venosi e arteriosi. Per primo Galeno compì esperimenti di anatomia su animali vivi generalizzandone le scoperte agli esseri umani.

La portata dell'opera di Galeno fu tale da affiancare la sua figura a quella di Ippocrate come punto di riferimento teorico e pratico per tutto ciò che concerneva l'agire medico e tale sarebbe restato, nel bene e nel male, fino alla ripresa degli studi anatomici nel XVI sec.

Le basi formative del medico nel periodo romano restavano sostanzialmente immutate rispetto al passato e comprendevano: la grammatica, la retorica, l'aritmetica, la geometria, la musica e l'astronomia. Con uno sguardo retrospettivo si ha l'impressione di una formazione globale rispetto a tutte le discipline in auge al tempo atte a formare un pensatore in grado di operare con una visione della natura quanto più complessa e articolata possibile (Cosmacini, 2003).

Il medico tardo antico era quindi una persona di cultura, non di una specifica cultura medica sanitaria ma di una cultura universale, di un sapere che favoriva il ragionamento e l'osservazione in modo da poter rintracciare le regolarità e le corrispondenze attraverso le quali la natura si manifesta. Possiamo immaginare una medicina più saldamente ancorata alla filosofia che alla religione così come invece si riscontrava nelle medicine tradizionali.

Forme di medicina tradizionale basata su invocazioni agli dei continuavano a coesistere al fianco della nascente disciplina medica spesso senza soluzione di continuità. La medicina non aveva ancora sviluppato un patrimonio di conoscenze tali da farsi portavoce di una visione unitaria del funzionamento dell'organismo e dei suoi rapporti con la salute e la malattia.

## **1.3 INTERMEZZO E RITORNO ALLA RELIGIONE**

### **1.3.1 Luoghi di preghiera, cura e assistenza**

Con la caduta dell'impero romano e il declino di un potere centrale forte anche la medicina, come molti altri settori della cultura occidentale, subì un brusco rallentamento.

La medicina e la tradizione medica Ippocratica-Galenica trovarono rifugio nei monasteri e nelle abbazie, luoghi di preghiera, di culto, di penitenza, di isolamento da un mondo in preda alla barbarie e al caos sociale e politico.

La visione religiosa che permeò l'intero periodo medioevale plasmò anche la visione della medicina, della salute, della malattia e delle cure. Mentre i testi classici greci e romani venivano conservati nei luoghi di culto, si diffondeva in occidente una visione della malattia fortemente connotata e connessa con il divino (Armocida e Zanobio, 1997).

Il linguaggio medico si mescolò al linguaggio religioso. La malattia prese la forma, di volta in volta, del castigo da espiare o della prova da superare, il dolore del corpo incarnava le pene dell'anima gravata dal fardello del peccato originario, che solo la fede e la preghiera potevano contribuire a guarire. Le reliquie dei santi si trasformarono in strumenti terapeutici: la malattia sfumava nel peccato, la guarigione nel miracolo.

Tornarono in auge i voti da dedicare a santi specifici per specifiche malattie: san Biagio per il mal di gola, santa Apollonia per i denti, santa Lucia per gli occhi, san Rocca per le pestilenze solo per citarne alcuni.

La visione naturalistica della malattia e della cura si mescolava con il divino e il soprannaturale, oscurando i progressi dei precedenti tentativi di formulare teorie di ampia portata su cui fondare un sapere medico pratico ed efficace.

In questo panorama si affermava la medicina monastica basata sulla carità cristiana, sulla misericordia e sulla rassegnazione alla volontà di Dio. L'approccio al malato perdeva il carattere di curiosità e di osservazione che oggi definiremmo scientifico per lasciare il posto alla compassione e alla cura dell'anima. La visione cristiana imponendo di vedere nelle persone bisognose Cristo stesso, favorì l'idea di assistenza che porterà, già nel primo medioevo, a porre grande attenzione all'assistenza dei poveri e degli ammalati e alla nascita degli ospizi all'interno dei grandi edifici monastici e nelle abbazie. Tali luoghi specificatamente dedicati all'assistenza e alla cura del prossimo erano in grado di offrire riparo e cibo. I rimedi mescolavano tra loro, in una disparata

ricerca della grazia divina, salassi, pozioni tratte dagli orti botanici interni alle strutture ecclesiastiche, confessioni e preghiere (Cosmacini, 2007).

### **1.3.2 Le università e le prime formalizzazioni**

Ad di fuori della dimensione religiosa va citata nel periodo intorno all'anno 1000 il contributo della scuola di Salerno, primo esempio di scuola laica nel medioevo cristiano.

La base dell'insegnamento medico consisteva nei testi classici e nelle teorie galeniche. In linea con il passato il sapere medico era collocato all'interno delle scienze della natura in particolare nelle scienze fisiche. Con la scuola di Salerno la formazione medica vide una nuova forma di regolamentazione grazie al conferimento di un titolo che autorizzò all'esercizio dell'arte medica, previa frequenza ed esame finale del candidato. In un mondo medico caratterizzato da figure dalla dubbia professionalità e preparazione la scuola di Salerno si pose dunque come punto di riferimento per una formalizzazione e per una centralizzazione del sapere medico.

Sulle orme della scuola di Salerno fiorirono in seguito le prime Università che favorirono una sempre maggiore regolamentazione del corso di laurea in medicina che nel tardo medioevo verrà fissato in 6 anni. Nel 1221 su ordinazione di Federico II venne attribuito un titolo ai medici per l'esercizio della professione e nel 1240 la figura del medico venne distinta da quella dello speziale addetto alla preparazione dei composti curativi.

Quella del medico del tardo medioevo era una figura che si confondeva ancora con quella dei guaritori e dei ciarlatani, non essendo sorretto da un sistema teorico generale capace di rendere conto della genesi delle malattie e ancor meno di porre rimedio in modo sistematico ed efficace alla maggior parte delle malattie che incontrava.

Emergeva tuttavia una prima definizione anche sociale della professione. Al fianco di dotti esperti, formati nelle università, si ammassavano guaritori ambulanti, venditori di reliquie e dispensatori di rimedi naturali ricavati dalla sempre presente tradizione erborista fortemente sviluppata grazie all'opera di monaci e frati.

La sfiducia della maggior parte della popolazione contro cui questi medici si dovettero scontrare si evince dal grande numero di raccomandazioni che comparivano nei manuali di medicina del tempo e che avevano per oggetto i comportamenti da tenere nei confronti del malato e dei suoi familiari: non mostrarsi altezzosi, restare modesti ma

distaccati così da dare l'impressione di fare qualcosa di importante, dedicare parole di conforto alla famiglia e infine non lesinare su un qualche tipo di intervento, per lo più salassi o altre tecniche di evacuazione, al fine di rassicurare il paziente.

Pur con un avanzamento che sul finire del medioevo renderà la medicina scienza e arte grazie alle varie regolamentazioni, l'arte sembra ancora prevalere sulla tecnica e il rapporto con il paziente rientra a pieno titolo nelle priorità dell'agire medico occupando nei testi di insegnamento un posto di pari dignità dell'esame del polso e delle urine (Cosmacini, 2003).

La figura del medico era guardata con sospetto dalla maggioranza della popolazione che per sfiducia o per la mancanza di possibilità, ancora si serviva in abbondanza delle conoscenze tradizionali, empiriste e magico-religiose più "sicure" e alla portata di tutti. Alla medicina medioevale manca, così come alla medicina antica, una base teorica specifica per tutto ciò che riguarda l'anatomia e i processi che possono rendere conto dello sviluppo e della cura della malattia dal punto di vista organico.

L'anatomia si prospettava come la tappa successiva del percorso di crescita della medicina.

## **1.4 RINASCITA: ANATOMIA E METODO SPERIMENTALE**

### **1.4.1 Ripensamenti circa la tradizione**

L'inizio del periodo rinascimentale portò in Italia un grande fermento culturale, sociale e politico. In tutti i campi del sapere si sviluppò un interesse del tutto nuovo volto alla revisione di tutto il sapere fino ad allora accumulato.

Le conoscenze tradizionali venivano, dopo lungo periodo, poste sotto analisi e criticate in ragione di un progresso futuro. L'introduzione della stampa permetteva e favoriva una maggiore circolazione di libri e con essi di informazioni, idee e dubbi.

Nel campo della medicina la tradizione basata sui principi di Ippocrate, Aristotele e Galeno, reggeva ancora l'impianto teorico e pratico dell'agire diagnostico e curativo anche se nuovi sviluppi in campo anatomico andavano costituendosi. Le nuove scoperte erano ancora insufficienti per permettere una rottura con la tradizione ma iniziava a intravedersi il carattere della futura disciplina. Il sapere tradizionale infatti non era più in grado di spiegare e rendere ragione delle nuove scoperte soprattutto in campo anatomico e questo generava insoddisfazione verso il passato e stimolava nuove visioni del mondo.

La formazione del medico nel medioevo continuava ad essere basata soprattutto sulla lettura dei testi e sullo sviluppo di una cultura poliedrica capace di favorire il ragionamento. In epoca rinascimentale avvenne una rivoluzione che toccò sia i metodi formativi sia l'utilizzo degli ospedali. Giovanni Battista da Monte, detto Montano, per primo agli albori del XVI secolo introdusse una metodologia di insegnamento che portò gli studenti ad apprendere direttamente dal letto del malato. L'esame diretto del paziente diventava così metodologia formativa attiva e gli ospedali di epoca medioevale si trasformano da luoghi di sola cura in luoghi deputati anche all'insegnamento e alla formazione dei giovani apprendisti.

Gli ospedali di epoca cristiana perdevano così man mano il loro carattere originario assistenzialista integrando le conoscenze teoriche con la pratica diretta. La malattia veniva ora intesa come un fenomeno transitorio da curare in specifici luoghi, appunto gli ospedali, a cura di professionisti dalle competenze riconosciute attraverso titoli acquisiti in anni di studio nelle prestigiose università europee. La medicina iniziava a guadagnare uno spazio riconosciuto nella moltitudine di figure di guaritori che ancora popolavano il settore e la malattia ad essere vista come oggetto di competenza specifica di una determinata categoria di persone (Maccani, 2007).

Tra il 1421 e il 1456 venivano riformati gli ospedali di Milano, Brescia, Firenze, Venezia, Ferrara e Pavia. Le malattie infettive erano ancora trattate separatamente nei lazzaretti, veri e propri luoghi di esclusione dal mondo dotati di mura e fossati.

Alla costruzione dei nuovi edifici contribuirono gli stessi medici con le loro conoscenze: locali ampi e aerati per permettere un ricircolo d'aria, stanze illuminate per godere delle proprietà della luce e per ridurre il rischio di infezione da miasma, servizi igienici adeguati ad evitare la generazione e la proliferazione di infezioni (Armocida e Zanobio, 1997).

Continuavano ad essere presenti altari e chiese per celebrazione di eucaristie sempre necessarie alla buona guarigione del paziente.

La medicina continuava a guadagnare dignità agli occhi dei bisognosi.

#### **1.4.2 Anatomia**

È in questo clima che prende avvio una delle tappe più importanti della storia della medicina: lo studio sistematico dell'anatomia e del funzionamento del corpo umano. Già Vesalio nella prima metà del 1500 rileggendo Galeno, autorità indiscussa da 13

secoli, alla luce di dati ottenuti tramite le dissezioni attribuiti al maestro del passato circa 200 errori.

La tradizione veniva attaccata in modo diretto creando una spaccatura tra tradizionalisti fedeli alle teorie del passato e innovatori pronti a riscrivere la pratica medica.

La tecnica della dissezione dei cadaveri era già presente nella medicina antica, nel III secolo a.c. nella scuola di Alessandria, ma venne in seguito ostacolata e bollata come eretica dalla religione cristiana.

Dopo la seconda metà del 1400 e nella prima metà del 1500 due bolle papali permisero la dissezione dei cadaveri riconoscendola utile allo sviluppo della medicina ed aprirono la strada all'insegnamento dell'anatomia nelle università rendendola materia di studio e di indagine ufficialmente riconosciuta. La pratica della dissezione diventava, dunque, metodologia di insegnamento al pari della frequenza in ospedale. Alle autopsie erano presenti un commentatore, un incisore, un ostensore, e naturalmente un grande pubblico. Vennero costruiti veri e propri teatri anatomici appositamente dedicati allo studio del corpo tramite dissezione. La ricchezza della procedura e delle persone coinvolte nel lavoro sul corpo lasciava intuire quanto fascino e importanza rivestisse questa dimensione all'interno delle conoscenze mediche e non solo del tempo.

La centralità del tema del corpo e del suo funzionamento, infatti, oltrepassò ben presto lo specifico campo medico per diventare materia di interesse di figure poliedriche come Leonardo da Vinci e di artisti come Michelangelo Buonarroti.

Inizialmente il potenziamento delle conoscenze anatomiche e di metodologia di indagine non portò a grandi risultati anche in relazione al calderone di interpretazioni e scuole di pensiero in cui era spaccata la medicina che portavano costantemente ad attribuire significati differenti e controversi alle scoperte anatomiche che man mano emergevano dai tavoli di dissezione.

Con il passare del tempo tuttavia si registrarono importanti scoperte: il 1600 fu il secolo in cui venne resa nota la circolazione del sangue con l'odierna concezione meccanico-idraulica ad opera di William Harvey, venne edotto il meccanismo degli scambi gassosi da Marcello Malpigli, la circolazione polmonare fu indagata da Andrea Cesalpino, vennero studiati i tessuti di fegato, milza, reni e lingua. Lazzaro Spallanzani mise in crisi la teoria della generazione spontanea secondo la quale la vita si poteva generare spontaneamente dall'aria senza l'ausilio di altri organismi viventi.

Nonostante le ricche scoperte in campo anatomico buona parte della medicina, per quanto riguardava la pratica clinica, si affida ancora alla tradizione. Restava ancora

invalicabile il limite di integrare quanto appreso circa il corpo all'interno di un sistema di riferimento generale in grado di offrire una visione del funzionamento globale dell'organismo e capace di indirizzare la pratica diagnostica e terapeutica in modo chiaro ed efficace.

### **1.4.3 Metodo sperimentale**

L'altro grande punto di rinnovamento che investì tutti i campi dell'osservazione naturalistica fu lo sviluppo del metodo sperimentale. Con l'inizio del XVII secolo vennero poste le basi di una medicina libera dal retaggio della tradizione del passato e diretta alla formulazioni di leggi e principi generali attraverso la sperimentazione e la verifica di quanto osservato. Gli studi e gli scritti di Galileo, Newton, Keplero, Pascal allargavano gli orizzonti della ricerca. L'osservazione più metodica dei fenomeni legati alla malattia e alla salute passava attraverso la necessità di un potenziamento dei sensi: sul finire del 1500 veniva costruito il primo microscopio ad opera dell'olandese Jensen e all'inizio del 1600 faceva la sua comparsa il primo termometro.

La medicina si dedicava all'osservazione metodologica e si poneva sotto l'egidia della scienza nascente e dei suoi strumenti, allontanandosi nuovamente, anche se con grandi difficoltà, dalle interpretazioni filosofiche e religiose per usufruire di tutte le scoperte e le metodologie allora disponibili. Al nuovo medico che si affacciava alla metà del 1600 veniva chiesto non più di padroneggiare la conoscenza dei testi classici dell'antichità e di possedere l'abilità del ragionamento ma di conoscere le ultime scoperte che venivano dall'anatomia e dal funzionamento del corpo umano, di essere padrone di una metodologia più votata alla scoperta di ricorrenze e leggi generali attraverso l'osservazione controllabile (Armocida e Zanobio, 1997).

È appunto in questi secoli che possiamo far risalire una prima avvisaglia di scollamento del mondo medico dal paziente. Le prime tecnologie disponibili e la ricchezza delle scoperte acquisite allontanavano per la prima volta il medico dall'osservazione diretta del malato per andare ad indagare le cause remote della malattia.

La vita e il funzionamento del corpo umano erano ora viste attraverso una dimensione meccanica, lo studio dell'anatomia apriva le porte ad una visione del funzionamento della vita riconducibile alle leggi della fisica e della chimica che divennero quindi gli oggetti di indagine privilegiati in questo periodo.

Non mancarono in questi secoli di grandi scoperte una serie di critiche, soprattutto da parte di esponenti di scuole di pensiero più votate alla tradizione che mettevano l'accento sulla necessità di tornare all'osservazione del malato. Thomas Sydenham in un'epoca in cui il mondo medico era completamente rivolto alle nuove scoperte e alle dispute sul funzionamento del corpo attraverso principi meccanici o chimici, sviluppò un pensiero, in omaggio alla tradizione ippocratica, rivolto allo studio della sintomatologia e all'osservazione della patologia accusando i colleghi di trascurare il principale oggetto di studio: la persona malata.

Al di fuori delle scoperte e delle dispute tra quale fosse la modalità migliore di usufruire delle nuove scoperte la medicina continuava il suo inserimento nel tessuto sociale: dalle università agli ospedali la formazione e il lavoro del medico acquisivano sempre maggiore dignità. Pur non disponendo ancora di mezzi di cura efficaci, la figura del medico godeva di visibilità e prestigio.

Sul finire del 1600 in anticipo su tematiche che saranno oggetto dell'Illuminismo nasceva la medicina sociale. Lo studio delle malattie della gente comune legata al tipo di lavoro svolto e agli ambienti frequentati animava la questione della salute pubblica: malattie specifiche vennero individuate per doratori, vasai, pittori, tintori, fornaciai e molti altri.

La medicina e le sue scoperte iniziavano così a far valere il proprio sapere non solo in campo di cura della malattia ma anche nella promozione del benessere e della sanità pubblica e anche questo rappresentava un ulteriore avanzamento della figura del medico rispetto a quella del semplice guaritore oramai relegato a essere riconosciuto da fette sempre minori di popolazione.

Coesistevano ancora una di fianco all'altra le credenze popolari legate alla magia e all'astrologia e le fedi nei rimedi legati alla religione al fianco di una medicina sempre più legata alle scoperte scientifiche. Lo specchio della commistione di conoscenze tipica di questo periodo e delle necessità di elaborare teorie di ampio respiro, fu ben rappresentato dalla figura di Paracelso studioso critico verso il sistema medico tradizionale che sviluppò una propria filosofia medica che fondeva alchimia e produzione di farmaci, astrologia e medicina.

## **1.5 VERSO LA SCIENZA**

### **1.5.1 Ultimi barlumi di tradizione**

La medicina ormai avviata verso l'indagine scientifica si mostrava nel 1700 alla società con la forza delle sue scoperte rese possibili dallo sviluppo di strumenti tecnici e di conoscenze anatomiche sempre più raffinate. Pur continuando ad appoggiarsi ai rimedi della farmacopea tradizionale e pur versando nell'incertezza teorica dovuta al lento sgretolamento delle concezioni ippocratiche-galeniche non peraltro sostituite da un'adeguata visione alternativa, la figura del medico era pronta per essere riconosciuta dalla società nel suo ruolo di specialista della salute e della malattia (Maccani, 2007).

La necessità di farsi accettare dal grande pubblico da parte dei medici dei primi del 1700 è testimoniata dallo sviluppo di una letteratura specializzata che ebbe molta fortuna al tempo: i galatei medici. Già presenti in forma embrionale in epoca medioevale questi libretti raccoglievano indicazioni e suggerimenti specificatamente rivolti all'atteggiamento, ai doveri e alle qualità che la professione medica doveva rivestire nel suo rapportarsi con i pazienti. Il costante richiamo alla sobrietà, alla misurata prudenza e alla moderazione nell'esercizio dell'arte medica così come i suggerimenti comportamentali volti a guadagnarsi la fiducia del paziente e dei famigliari sostenevano l'idea di una professione ancora fortemente basata sulla conquista della credibilità e sull'ottenimento della fiducia da parte dei fruitori.

Con l'illuminismo e la rivalutazione di tematiche sociali di interesse collettivo la medicina poté far valere tutto il suo sapere nell'indirizzare scelte e strategie politiche guadagnandosi ulteriore credito agli occhi dei più. La salute e il benessere diventavano per la prima volta patrimonio comune e la medicina, sotto l'egidia della scienza, lo strumento per rendere possibile il miglioramento delle condizioni di vita di tutti. Nasceva l'igiene moderna e la polizia medica, arti di difesa contro modi di vita e abitudini considerate dannose per l'organismo (Cosmacini, 2003).

L'ennesima ridefinizione dei corsi di insegnamento di medicina vide la nascita della figura del medico-chirurgo moderno grazie alle continue acquisizioni nel campo dell'anatomia e della chirurgia.

Gli ospedali diventavano più piccoli e specializzati. Ortopedia, infanzia, oculistica, malattie infettive riflettevano, nella pratica su larga scala, un movimento teorico generale che portava a indagare fenomeni sempre più ridotti: dall'uomo, all'organo e da questo alla cellula per terminare ai giorni nostri con il genoma.

Gli ultimi segni di una medicina tradizionale furono rappresentati dalle teorie dei “sistemi”, estremi tentativi di elaborare teorie generali sul funzionamento dell’organismo umano con diversi livelli di complessità e appoggiandosi a formulazioni filosofiche per spiegare in maniera olistica il dilemma del corpo umano e del suo funzionamento.

La speculazione filosofica faceva sentire in questo periodo e grazie a queste teorie la sua voce anche se in maniera molto minore rispetto al passato. Già si affiancavano a queste teorie, basate ad esempio sul funzionamento del corpo attraverso fibre il cui tono era regolato grazie a un fluido con sede nel cervello, una mole di dati di laboratorio che cancelleranno con il passare dei successivi due secoli ogni traccia di interpretazioni vitalistiche o filosofiche per lasciare spazio alla scienza.

### **1.5.2 A un passo dalla gloria**

Con l’inizio dell’800 ulteriori scoperte e applicazioni in campo medico andarono ad arricchire ulteriormente il bagaglio di conoscenze a disposizione dei medici. L’invenzione dello stetoscopio potenziò l’udito e permise di distinguere la pleurite dalla polmonite, l’enfisema dalla dilatazione bronchiale.

Si iniziavano intanto ad isolare i principi attivi dei farmaci maggiormente in uso: oppio, morfina, chinino, stricnina. Nasceva lo studio dei tessuti e delle sue lesioni che porteranno alla patologia d’organo e al più generale spostamento dell’interesse generale verso il riconoscimento delle malattie attraverso lo studio delle lesioni riscontrate grazie agli esami di laboratorio più che attraverso l’analisi clinica.

Tramite l’indagine istologica e gli studi chimici venivano individuati e isolati i principali microbi delle malattie. Se a provocare le malattie erano dunque germi ci si poteva difendere individuandoli e studiandoli per verificare luoghi e condizioni di proliferazioni degli stessi ed evitarne il potenziale danno.

Dalla seconda metà dell’800 avvenne la svolta verso la vera e propria medicina moderna. Con i contributi di Rudolph Virchow (1821–1902), Claude Bernard (1813–1878) e Theodore Schwann (1810–1882) l’origine delle malattie si poneva nei termini di un’alterazione della struttura e quindi del funzionamento delle cellule dell’organismo. La figura del medico scienziato ed esperto di natura declinava definitivamente sotto la spinta un medico sempre più scienziato. La medicina si arricchì del bagaglio di conoscenze provenienti dalla chimica, dalla fisica e dalla matematica ancorandosi

definitivamente al mondo delle scienze e iniziando ad abbandonare ogni velleità di natura filosofico-umanistico.

Con tecniche di indagine microscopica sempre più raffinate, si svilupparono metodi di fissazione e colorazione che consentivano di conservare pezzi e di analizzarli in modo sempre più specifico. La medicina era sul punto di decollare verso lo studio di cellule e tessuti su larga scala. Le capacità diagnostiche erano ormai molto avanzate, la clinica si era incanalata nello studio sistematico e rigoroso di segni e sintomi per giungere ad una diagnosi (Armocida e Zanobio, 1997).

Il riconoscimento delle malattie e delle conseguenze delle stesse era ormai in fase molto avanzata. L'anatomia unita alla lettura prettamente biologica della malattia forniva, dopo secoli, una visione della patologia indagabile e riconoscibile.

Restava solo il problema di come arrivare alla guarigione per vie scientifiche.

## **1.6 LA SCIENZA MEDICA E I SUOI MIRACOLI**

### **1.6.1 Medici e pazienti**

Il medico era sempre più figura di riferimento a cui rivolgersi per le malattie anche se per la dimensione terapeutica restava in auge una sorta di automedicazione attraverso composti dalla dubbia efficacia reale ma dalla indiscussa efficacia psicologica di cui il medico tuttavia prendeva atto e faceva rientrare all'interno del suo bagaglio di conoscenze e prescrizioni (Shorter, 1986).

In questo modo incorporava nella professione istituzionale gli ultimi retaggi di una tradizione poco ortodossa ma molto efficace dal punto di vista del rapporto con l'utenza. Rimedi di origine naturale o composti sintetizzati da farmacisti erano i principali strumenti terapeutici a disposizione dei medici.

Nella seconda metà dell'800 la formazione medica era ormai largamente basata sullo studio delle materie scientifiche di base.

Il rapporto tra medico e paziente si trasformava man mano che la medicina percorreva la strada della scienza e attraverso essa acquistava credibilità: dai primi del 900 il malato si rivolgeva al medico, ormai divenuto gentiluomo oltre che scienziato, fiducioso della sua competenza tecnico-scientifica e dotato di un armamentario di farmaci dal nome curativo. Sempre più spesso ci si rivolgeva ai medici per sintomi anche di lieve entità. Come riporta Shorter (1986) la piramide sintomatologia ha subito una deflessione costante a partire dalla metà del XVIII secolo ad oggi in relazione all'aumentata fiducia

nelle competenze mediche e in relazione all'aumentata sensibilizzazione dell'arte medica venutasi a creare attraverso l'inserimento dei medici nella cura della salute pubblica.

In sostanza cambiava la concezione di malattia, definita in base a un numero sempre minori di sintomi rispetto al passato. Le vie respiratorie e l'apparato digerente divennero ai primi del secolo il fulcro di attenzione per pazienti sempre più in cerca di assistenza e meno di cura (Friedson, 2002).

Il rapporto tra medico paziente si faceva sempre più stretto, fiducioso e confidenziale ma ancora di più dilagava la fiducia nei farmaci che diventano sinonimo di cura, non sempre con il benessere della classe medica.

Ne è una rappresentazione il pensiero di Sir Ralph Bloomfield Bonington, protagonista nel 1906, de "Il dilemma del dottore" di Gorge Bernard Shaw che così descrive il clima venutosi a creare intorno alla nuova moda farmacologica:

"Credi a me Paddy, di quanta più salute potremmo godere se demolissimo tutte le farmacie di Londra. Guarda i giornali! Pieni di scandalosa pubblicità ai farmaci preconfezionati! Ma di chi è la colpa? Nostra, dico io, nostra. Siamo noi a dar l'esempio siamo noi a diffondere la superstizione. Siamo noi a insegnare a credere nei flaconi del dottore; e adesso vanno a comprarseli in negozio, invece di consultare il medico."

Inizia a prendere forma il paradosso medico ben descritto ancora da Shorter (1986): "I pazienti si affollano nel gabinetto del medico in cerca di "scienza", ma il dottore che si fosse comportato in modo autenticamente "scientifico", prescrivendo un bel nulla, poiché nessuna o quasi di quelle sostanze facevano effetto, avrebbe perso il cliente".

La professione dunque decollava, i ciarlatani e i praticoni erano quasi scomparsi non potendo reggere il confronto con professionisti dotati di efficaci strumenti scientifici, buon prestigio sociale e ormai in auge anche della vita pubblica.

Anche il cinema rendeva il suo tributo alla figura del medico attraverso film come "Tramonto" del 1939 con Ronald Regan e Humprey Bogart e ancora maggiormente attraverso la saga di film aventi per protagonista il dottor Kildare.

### **1.6.2 Farmaci e pazienti**

La svolta decisiva che impronterà l'intero sistema medico attuale, il suo funzionamento interno e la sua immagine agli occhi dei profani, diretta derivazione di quanto esposto in precedenza circa l'introduzione della scienza nella medicina, si verificò verso gli anni

40 dello scorso secolo con l'introduzione sul mercato della sanità di farmaci dalle accresciute potenzialità terapeutiche.

Nel 1935 venivano isolate e studiate le proprietà curative dei sulfamidici contro le infezioni ancora in grado a quel tempo di causare la morte. Nel 1941 iniziava la somministrazione di penicillina che già nel 1945 verrà prodotta in dosi massicce per il mercato di massa. Dalla penicillina in poi fu un susseguirsi di farmaci dalle proprietà terapeutiche così potenti da superare le aspettative degli stessi addetti ai lavori.

Nel 1947 fu la volta del cloramfenicolo e nel 1948 la tetraciclina noti oggi ai più come antibiotici ad ampio spettro. La portata del cambiamento di questi farmaci fu enorme: cancellarono in uno solo colpo le forme infettive che da secoli falciavano le popolazioni. Sulfamidici e antibiotici vengono definiti dalla stampa come “doni divini ai medici” e tali risultavano in effetti essere in quanto fornirono alla medicina scientifica di imporre la propria teoria medica alla luce di risultati inimmaginabili.

Seguirono antinfiammatori, medicine che agivano sul cuore, sui polmoni, sul sistema nervoso, su squilibri ormonali in un susseguirsi di scoperte e revisioni che offrirono al medico per la prima volta la possibilità concreta di intervenire sul piano terapeutico con garanzia di risultati (Maccani, 2007). Miracoli della scienza.

Le scoperte si susseguirono a ritmo vertiginoso e con risultati straordinari. Nel 1953 veniva descritto il modello a doppia elica del DNA, nel 1967 Christian Bernard effettuava il primo trapianto d'organo al mondo, un cuore.

La medicina raggiungeva traguardi inimmaginabili, se si considera che erano passati poco meno di 500 anni da quando la Chiesa, con Sisto IV, aveva autorizzato la dissezione dei cadaveri.

Nuove generazioni di medici iniziarono a essere formate nelle università saldamente ancorate ai principi della chimica del corpo umano, la patologia era spiegata in termini di squilibri molecolari, la conoscenza della biochimica dunque permetteva di ripristinare ciò che era malato, malfunzionante, lontano dall'equilibrio biochimico considerato ottimale, grazie all'intervento di natura chimico farmaceutico.

La parte di malattia, malessere, dovuta ad “altro” che non fosse possibile definire e quantificare come squilibrio biochimico si riduceva sempre di più fino a essere relegata in campi di sapere dal dubbio valore scientifico e in quanto tali, falsi e per di più inefficaci, di non comprovata efficacia terapeutica.

La chirurgia non si limitava a distruggere ma diventa ricostruttiva, plastica, si dedicava all'estetica. Si apriva, di fatto, un'epoca di progressi senza precedenti che lasciava sullo

sfondo i limiti contro cui aveva sempre dovuto lottare la medicina per conquistare credibilità e fiducia.

Se ancora prima della guerra mondiale si insegnava e si praticava un tipo di medicina olistico, basato sull'analisi del paziente nella sua interezza, le nuove forme di insegnamento nella seconda metà del '900 acquisivano la forma attuale con la maggiore importanza rivestita dalla biochimica, dalla microbiologia, dalla farmacologia, dall'immunologia, dalla genetica tutte con un chiaro indirizzo chimico. Le scienze sociali poco avevano a che fare con l'aurea di scientificità della medicina moderna.

Il modello medico di Engel a metà degli anni '50 e definito biopsicosociale rappresentò forse l'estremo tentativo di rivedere la direzione della medicina in termini riduzionistici e organicistici ma verrà ignorato e poco considerato anche alla luce delle scarse ricadute pratiche che questa visione della malattia e della cura offriva sul piano clinico e soprattutto alla luce degli incredibili risultati terapeutici raggiunti dal modello biochimico.

La clinica perdeva forza in rapporto alla possibilità di esami di laboratorio sempre più raffinati, efficaci anche se spesso invasivi e mal sopportati dai pazienti. L'anamnesi diventava un inutile retaggio del passato difficile da sopportare e utile alla formazione di specializzandi e paramedici.

Scomparvero, senza lasciare traccia, dai manuali medici i suggerimenti comportamentali e ogni riferimento al rapporto con il paziente, materia non più necessaria alla luce dell'evidente efficacia delle cure chimiche che diventavano i principali oggetto di interesse della medicina. I pazienti aumentano le richieste e la medicina si formalizza in strutture sanitarie sempre più complesse per rispondere alle richieste sempre più massive dei suoi utenti.

Iniziava a crearsi in questo periodo una frattura tra conoscenza medica ormai identificata in materie chimiche, fisiche e biologiche settoriali e iperspecializzate e conoscenza del malato come persona affetta da preoccupazione, ansia e costantemente in bilico tra paura della malattia e fiducia nella guarigione.

Ma tutto questo scollamento tra interesse per la persona e interesse per la malattia restava ben sopportato, alla luce degli innegabili risultati garantiti e dall'aurea di potere materiale e psicologico di cui il medico appariva rivestito.

## **1.7 OLTRE LA SCIENZA**

### **1.7.1 Limiti all'orizzonte**

Inizia a prender corpo la situazione contemporanea. Nel 1978 viene istituito in Italia il Sistema Sanitario Nazionale attraverso cui lo stato si fa garante della salute pubblica e le facoltà di medicina sfornano senza misura medici pronti a realizzare il sogno di una società libera da malattie e in cui i principi del benessere e della salute formalizzati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) diventano alla portata di tutti. Si articola un rete territoriale che vede nel medico di base il primo filtro di indagine e di indirizzo verso altre specialità mediche necessarie a seconda dei casi.

Nel 1993 si avvia il processo di aziendalizzazione per garantire una maggiore efficienza del sistema di cura in modo da poter massimizzare l'efficacia della cura in rapporto ai costi da sostenere. Ancora nel 1997 gli ospedali vengono aggregati in aziende e si inizia a distinguere i produttori di servizi, ospedali e medici di base, e compratori come le aziende sanitarie locali (Tatarelli, 1998).

La logica aziendale si sposa con l'efficacia terapeutica nell'offrire un servizio di cura sempre efficace dal punto di vista medico specialistico ed efficiente dal punto di vista della spesa. I tempi delle visite vengono ridotti in maniera "scientifica" in modo da garantire quanto dovuto con standard di qualità certificati.

I pazienti vengono diagnosticati e curati o meglio viene identificata la patologia di cui sono affetti, e lo squilibrio viene ricondotto all'interno dei parametri considerati normali, sani. Del paziente come persona non resta che un numero, del versante emotivo all'interno del quale la patologia è germogliata e che contribuisce alla manifestazione della stessa non si fa cenno, non essendo dato inquadrabile all'interno della cornice chimica che racchiude la pratica medica (Gadamer, 1994).

La fiducia dei pazienti inizia ad incrinarsi di fronte alla sensazione di smarrimento dovuta alla frammentazione dei contatti medici e alla parcellizzazione della cura che li espone a visite spersonalizzanti, spesso invasive e prive di contatto umano.

La logica del paziente è messa in secondo piano: spesso le richieste mediche nascondono problemi di altro genere, sociali, psicologici, esistenziali che però vengono rilette attraverso il filtro chimico e biologico e come tali trattate lasciando spesso il paziente con la sensazione di non aver ricevuto quanto sperato (Sala, 2008).

Il rapporto tra curante e curato inizia a logorarsi, tra una pletera di specialisti si cerca quello in grado di garantire un rapporto "umano" all'interno del quale venga

riconosciuta la sofferenza dietro la malattia, si cerca quella fiducia che per tanti anni i medici hanno cercato di instillare nei pazienti con i modi, gli strumenti, i titoli, i vestiti e quanto era necessario e che oggi è mediata da strumenti tecnologici potenti ma spesso freddi e insensibili.

I pazienti sono insoddisfatti, aumentano le denunce, vengono create carte dei diritti dei pazienti, indice di formalizzazione di un rapporto che inizia a scricchiolare.

A tutto questo si aggiunge un'altra dimensione fondamentale in grado di mettere ulteriormente in crisi l'idillio venutosi a creare tra medico e paziente fino alla seconda metà del secolo: iniziano a farsi strada malattie incurabili, croniche o degenerative, cambia il concetto di guarigione, ci si scontra con la possibilità di convivere con la malattia invece che di debellarla.

Le richieste di miracoli continuano, le aspettative che ruotano intorno alla medicina, cresciute in maniera esponenziale dopo la rivoluzione farmacologia, travalicano le possibilità curative. La scienza medica si scopre limitata nella sua possibilità di accogliere ciò che il paziente desidera ricevere e l'assalto dei pazienti è ormai irreversibile.

Curare diviene sinonimo di guarire, eliminare la malattia. Mai la medicina era stata così efficace e capace di sconfiggere le malattie che affliggono l'uomo, e mai era stata così aspramente criticata, stigmatizzata e bersaglio di critiche da parte dei suoi utenti.

### **1.7.2 Etica**

Nuove conquiste mediche permettono di andare oltre la scienza stessa di cui si è nutrita la medicina: le scoperte genetiche prospettano speranze di cura e di manipolabilità della vita senza limiti, tutto diventa possibile e tutto diventa lecito.

La medicina si scontra con i limiti sociali e culturali imposti dal buon senso e formalizzate in principi etici riconosciuti.

Il progresso alimentato dalle continue scoperte scientifiche difficilmente riesce a essere incanalato o ancor più integrato all'interno di una pratica che procede ormai senza più tenere conto delle esigenze dei pazienti ma che si autoregola sulla base delle proprie esigenze. Accade così che mentre il progresso tecnoscientifico non cessa di suscitare la nostra meraviglia e il nostro entusiasmo, continuiamo sul tema del progresso morale a interrogarci esattamente come duemila anni fa (Sala, 2008).

Mentre nelle aspettative dei pazienti il medico continua a rappresentare il buon padre di famiglia o l'alleato a cui rivolgersi in caso di precaria salute, l'immagine che i medici hanno di se stessi si avvicina maggiormente all'idea di un organizzatore di tecniche e pratiche curative spesso stritolato tra etica della cura ed economia della stessa (Spinsanti, 2007).

La forbice di aspettative che si è così venuta a creare tra le aspettative dei medici e dei pazienti si ripercuote sempre di più su un rapporto che spesso oggi tende ad assumere la forma di uno scontro piuttosto che di un incontro (Cattorini, 2000).

Uno scontro all'interno del quale ognuna delle due parti in causa, forte delle proprie ragioni, tende a perpetrare la propria visione del problema così come della soluzione lasciando sul campo come feriti la fiducia e la qualità di un rapporto che da sempre è stato parte integrante della cura.

È in questo clima che riprende forza e spinta l'idea di una medicina a misura d'uomo e non di malattia, attenta alla persona e al suo malessere, oltre che alla sua malattia. L'obiettivo diventa allora umanizzare gli spazi e i rapporti attraverso una sempre maggiore integrazione degli aspetti legati alla persona con gli aspetti più propriamente tecnici inerenti la malattia.

Nel prossimo capitolo sarà preso in esame in maniera specifica il modello di medicina attualmente in uso, le sue ricadute sulla pratica clinica e sul rapporto con il paziente.

Sarà inoltre illustrata la proposta, sviluppata a partire dai primi lavori degli anni 50 dello scorso secolo, di un modello che ponga al centro non più solo la malattia in termini biologici ma la persona nella sua interezza e definito pertanto "patient-centred".

## 2. LA MEDICINA OGGI. MODELLI A CONFRONTO

*Il cuore ha le sue ragioni,  
che la ragione non conosce*  
Blaise Pascal

### 2.1 LA MEDICINA “DISEASE CENTRED”

#### 2.1.1 Definizione e basi teoriche

Come ogni disciplina scientifica anche la medicina necessita di una struttura teorica che giustifichi e chiarisca i propri obiettivi e specifichi le procedure più adeguate per giungere al loro raggiungimento (Weston e Brown, 1995; Virzi, 2007).

La funzione di un modello teorico consiste, dunque, nel guidare la pratica professionale e nel fornire una griglia interpretativa rispetto ai fenomeni che rappresentano l’oggetto di studio della disciplina (Moja e Vegni, 2000).

Tale funzione è stata svolta, a partire dalla seconda metà del XX secolo in occidente, da un modello definito “disease centred” o “doctor centred” che interpreta la malattia come una variazione di parametri biologici e somatici misurabili (Engel, 1977; Mead e Bower, 2000).

Il compito del professionista medico consiste appunto nel diagnosticare tali alterazioni e trattarle in modo da ripristinare il normale equilibrio. In questo senso malattia e alterazioni di variabili, per lo più espresse in termini biologici, coincidono e contribuiscono non solo a definire l’agire del medico, ma anche ad escludere dalla pratica clinica tutti quei fenomeni che non si prestano ad essere inquadrati all’interno del suddetto criterio (Weston e Brown, 1995).

L’oggetto della medicina risulta dunque essere la malattia, la sua natura e i suoi possibili effetti a livello biologico-molecolare e non tanto il malato, essendo quest’ultimo considerato come semplice portatore dell’alterazione non in grado di influenzarne l’evoluzione.

La distinzione tra malato e malattia è sancita attraverso la misurabilità della prima in termini scientifici e dalla sua manifestazione biologica riscontrabile sempre uguale, in persone diverse (Moja e Vegni, 2000).

Tra le caratteristiche del modello “disease centred” spicca una concezione ontologica della patologia sganciata dalla persona e dall’inevitabile confusione di variabili che la

considerazione di quest'ultima potrebbe introdurre nel processo diagnostico e terapeutico.

Si è soliti far riferimento al dualismo cartesiano come incipit di una concezione del corpo slegata dai fenomeni meno direttamente osservabili, ma è sicuramente il connubio tra medicina e scienze di base ad aver maggiormente consolidato lo sviluppo e il mantenimento di una concezione biologica della malattia (Tatarelli, 1998).

Come brevemente accennato nel precedente capitolo gli sviluppi della medicina in seno al metodo sperimentale, all'anatomia patologica, alla biologia e ancora i successi ottenuti grazie alla tecnologia diagnostica e alla cura farmacologica hanno rinsaldato e convalidato il modello in questione.

I disegni sperimentali odierni si basano su di un continuo processo di identificazione di agenti patogeni, di alterazioni di struttura o funzione d'organo o di tessuto. È in relazione a questi dati che vengono successivamente sviluppati i trattamenti e le cure, basate sulla medesima cornice di riferimento chimica-biologica, la cui efficacia è scientificamente garantita.

La distinzione tra malato e malattia e l'identificazione di quest'ultima come oggetto privilegiato di studio della medicina crea dunque uno scollamento teorico tra quelle che sono le ragioni mediche, e di conseguenza del più ampio sistema sanitario all'interno del quale la medicina si colloca e opera, e quelle che sono le ragioni emotive e personali del paziente che diventa una figura ausiliaria all'interno del procedimento che lo riguarda in prima persona (Virzi, 2007).

### **2.1.2 La pratica clinica**

Le ricadute pratiche dell'orientamento teorico costituitosi intorno alle variabili misurabili ha contribuito a plasmare l'odierno metodo clinico adottato dalla medicina. Essendo il medico l'esperto della malattia la relazione tra medico e paziente si presenta fin da subito sbilanciata a favore del primo e a discapito del secondo.

La pratica clinica derivante dal modello "disease centred" è spesso definita "centrata sulla malattia" o "centrata sul medico" proprio ad indicare che i protagonisti della visita medica sono il professionista alla ricerca del male e la malattia che mostra le sue caratteristiche attraverso il paziente.

All'interno del triangolo che si viene a creare tra medico, malattia e paziente quest'ultimo è quello che sembra assumere minore importanza. Le sue paure e le sue

interpretazioni “ingenue” di cosa sta succedendo, sono spesso considerate ostacoli che rendono più difficoltosa l’intervista medica impedendo quella corretta raccolta di segni e sintomi che, affiancata ad una adeguata serie di esami strumentali, può portare alla esatta diagnosi e con essa alla corrispondente cura (Butler et al., 1992).

La valutazione del quadro clinico segue dunque un iter predefinito e standardizzato le cui regole sono note solo al medico che conduce l’incontro secondo il suo interesse professionale e i suoi ragionamenti clinici atti a favorire l’esclusione progressiva di malattie attraverso domande chiuse specificatamente rivolte a inquadrare l’esordio, la storia, l’eventuale localizzazione dei sintomi.

Lo spazio dedicato alla persona e ai fattori psicologici e sociali che possono concatenarsi a quelli biologici è ridotto al minimo o per lo più a tentativi del paziente di “uscire dal seminato” attraverso il racconto di episodi ricchi di dettagli poco utili al procedimento diagnostico, nella misura in cui sono poco misurabili e totalmente estranei alle descrizioni nosologiche dei quadri clinici riportati nei manuali medici.

Dal punto di vista comunicativo un colloquio centrato sulla malattia può essere inquadrato come caratterizzato da un alto controllo del processo comunicativo da parte del medico che conduce il discorso attraverso la formulazione di domande chiuse e direttive aventi per oggetto la malattia nella sua dimensione biologica (Ong, 1995).

In una nota ricerca condotta da Beckman e Frankel (1984; 1994) utilizzando videoregistrazioni di colloqui effettuati da specialisti di medicina interna è stato dimostrato che il tempo medio a disposizione di un paziente durante il colloquio è di circa 150 secondi con interruzioni da parte del medico ogni 18 secondi. Nella stessa ricerca viene mostrato come solo il 23 % dei pazienti riesce a portare a termine l’esposizione dei propri argomenti, il 54% viene interrotto al primo problema “non medico”, il 12 % viene interrotto prima di poter concludere il primo argomento.

Gli eventuali contenuti di natura personale trovano, quindi, poco spazio all’interno del colloquio medico, essendo ritenuti dati poco rilevanti e utili, se non nella misura in cui possono essere plasmati sulla logica biologica della malattia, ad esempio in termini di ereditarietà familiare o di pregressa presenza della malattia in famiglia.

Il modello “disease centred”, dunque, fornisce un’impalcatura teorica a procedurale che tende a escludere dall’attenzione clinica la persona portatrice di malattia, mentre i reali protagonisti della consultazione sono il medico e la malattia.

### 2.1.3 Riflessioni su punti di forza e limiti

Il successo del modello presentato e il suo mantenimento risiedono su una serie di vantaggi evidenti che hanno contribuito a renderlo il modello portante della medicina occidentale moderna.

Secondo McWhinney (1989; 1993) sono almeno 5 i punti di forza del modello attuale. Innanzitutto la sua *semplicità*: attraverso la logica di processi causa effetto, il modello riesce a rendere conto di fenomeni molto complessi e permette un'interpretazione e un trattamento pressoché immediato. Riconducendo la patologia all'interno del dominio biologico, la malattia può infatti essere ridotta a processi controllabili, misurabili e trattabili. Altro punto di forza è la *predittività* che deriva direttamente dall'analisi approfondita della malattia, dalla sua individuazione e dallo studio della sua storia, del suo presentarsi sempre con le medesime caratteristiche.

La *chiarezza degli obiettivi* e la conseguente possibilità di *operazionalizzarli* è il cardine della pratica medica. Il modello "disease centred" riducendo la patologia ad una serie di concatenazioni causa effetto permette di scorporare le varie parti di cui si compone la manifestazioni clinica di una malattia in base al tipo di legami che questa produce o da cui si presume sia generata. Diventa quindi possibile impostare una metodologia di indagine chiara e definita che a fronte di determinati fenomeni associa specifiche pratiche. Individuare la malattia passa attraverso dunque una costante raccolta di segni e sintomi che guidano man mano il tipo di indagine, clinica o strumentale, da privilegiare. In sostanza la malattia rappresenta l'incipit di un viaggio a ritroso alla ricerca delle cause, in termini di alterazioni biologiche, immediate e recondite che hanno portato alla manifestazione della stessa.

Altro punto di forza del modello è rappresentato dalla sua *verificabilità*: attraverso l'analisi anatomo-patologica è infatti sempre possibile verificare l'attendibilità della diagnosi, e ancora attraverso il metodo scientifico i trattamenti e le cure da applicare alle diverse patologie vengono sottoposte a severi criteri di verifica. Questo garantisce di fornire trattamenti sempre appropriati ed efficaci alla malattia.

Infine l'ultima dimensione che regge l'intero modello e contribuisce in maniera massiva al suo perpetrarsi nel tempo è quella dell'*insegnabilità*. Le competenze teoriche e tecniche derivanti dal modello, escludendo elementi di natura personale e quindi legati alla soggettività del singolo, possono essere trasmesse ad altri.

Ovviamente più le competenze sono identificate in tecniche e conoscenze specifiche maggiori sono le possibilità della verifica della loro acquisizione da parte di terzi, siano essi colleghi o studenti in formazione.

La semplicità del modello unitamente alla sua insegnabilità e alla sua verificabilità sono i principali presupposti che hanno contribuito a plasmare l'insegnamento all'interno della facoltà mediche. Dalla teoria alla pratica, dunque, passando per la formazione si viene a creare una rete di diffusione e proliferazione del modello che permea interamente il sapere e l'agire medico fino al punto di farlo apparire l'unico possibile (Fabrega, 1975).

I limiti che più comunemente vengono attribuiti al modello "disease centred" possono essere ascritti a quello che Illich (1976) definisce come *controproduttività specifica*, concetto utilizzato per sottolineare come alcune conoscenze, utili e proficue in origine, finiscano per produrre esiti negativi e controproducenti per la stessa disciplina.

Alla medicina e in generale alla sanità moderna viene innanzitutto contestata la *disumanizzazione* della pratica. In un sistema dominato dal concetto di malattia organica, imbrigliato all'interno di una logica aziendale sempre oscillante tra benefici e costi, resta poco spazio per l'attenzione alla persona, ai suoi bisogni, siano essi di natura psicologica o più in generale legati al contesto sociale di provenienza.

Come ricordato in precedenza, poiché la malattia si presenta uguale, il trattamento che ne consegue diventa standardizzato e, seppure efficace, poco personalizzato, spesso vissuto come estraneo dal diretto interessato. Al concetto di cura scarsamente personalizzata si associa la sua parcellizzazione. L'iperspecializzazione del sapere medico ha prodotto nel corso dell'ultimo secolo una pleora di diversi professionisti che si occupano di specifiche patologie a carico di porzioni definite dell'organismo. Il processo di cura rischia quindi di essere frammentato e discontinuo a seconda delle manifestazioni cliniche della malattia.

La frammentazione della cura passa attraverso una conseguente frammentazione dei rapporti tra il paziente e i diversi specialisti con la conseguenza che viene meno il rapporto di fiducia esclusivo che da sempre è parte integrante dell'agire medico.

Infine la critica attuale al modello verte sul tema della *ipermedicalizzazione* (Illich, 1976; Conrad, 1992). Il modello "disease centred" si fonda su una dimensione di malattia intesa come alterazione di variabili biologiche. Questa lettura della patologia finisce con il filtrare e con l'interpretare ogni tipo di manifestazione legata al malessere della persona nei termini di un'alterazione organica misurabile e controllabile.

Fenomeni di natura psicologica, come ad esempio stati ansiosi, depressivi o, ancora, disturbi legati all'alimentazione, vengono letti in chiave organica e come tali trattati escludendo ogni possibile altra interpretazione.

L'attenzione privilegiata e specifica verso il dato chimico finisce per saturare ogni possibile manifestazione di malattia, con la conseguenza che la biologia del corpo diventa il veicolo principe di comunicazione di malessere anche di natura personale o sociale.

Il limite ultimo del modello "disease centred" dunque appare quello legato ai suoi stessi punti di forza. Laddove non ci sia possibilità di un riscontro misurabile e concreto la malattia finisce per non sussistere e di conseguenza per non essere trattata.

## **2.2 LA MEDICINA "PATIENT CENTRED"**

### **2.2.1 Un modello integrativo**

Le critiche al modello medico hanno portato nel corso degli ultimi 30 anni al tentativo di sviluppare un modello di medicina maggiormente sintonico con le mutate esigenze dei pazienti. I primi tentativi di rivalutare la centralità e la partecipazione attiva del paziente all'interno dell'agire medico risalgono alla fine degli anni '50 dello scorso secolo. Secondo Jasper (1964; 1991) il modello biologico, pur nella sua efficacia, tende a snaturare la natura del rapporto tra medico e paziente, riducendo l'incontro a una pura formalità priva di quel valore esistenziale ed umano che è alla base di ogni strategia di cura. Al fianco di queste critiche si pongono i lavori di Balint (1961) e più tardi di Engel (1977). Secondo Balint (1961) il clima asettico e impersonale della consultazione medica è in realtà un artificio poiché nella pratica risulta impossibile per il medico non partecipare in modo attivo all'incontro con un'altra persona portando nella visita i suoi scopi e i suoi valori.

In quest'ottica è necessaria una formazione di natura psicologica per il medico in modo da renderlo consapevole delle eventuali ripercussioni delle sue emozioni sulla natura dell'incontro e sulla evoluzione della malattia.

Il contributo di Engel (1977; 1980) si pone come il primo tentativo di sviluppare un modello capace di integrare le componenti biologiche con quelle psicologiche e sociali. Il modello, definito appunto bio-psico-sociale, prende spunto dalla teoria dei sistemi e si basa sull'idea di uomo come inserito e composto da diversi livelli di analisi, da quelli più microscopici come tessuti, organi cellule a quelli più macroscopici come la famiglia

e la società. La malattia dunque non viene considerata come semplice alterazione biologica, ma come alterazione globale dell'individuo con ovvie ripercussioni su tutti i livelli che quindi contribuiscono alla generazione e al mantenimento della patologia stessa (figura 2.1).

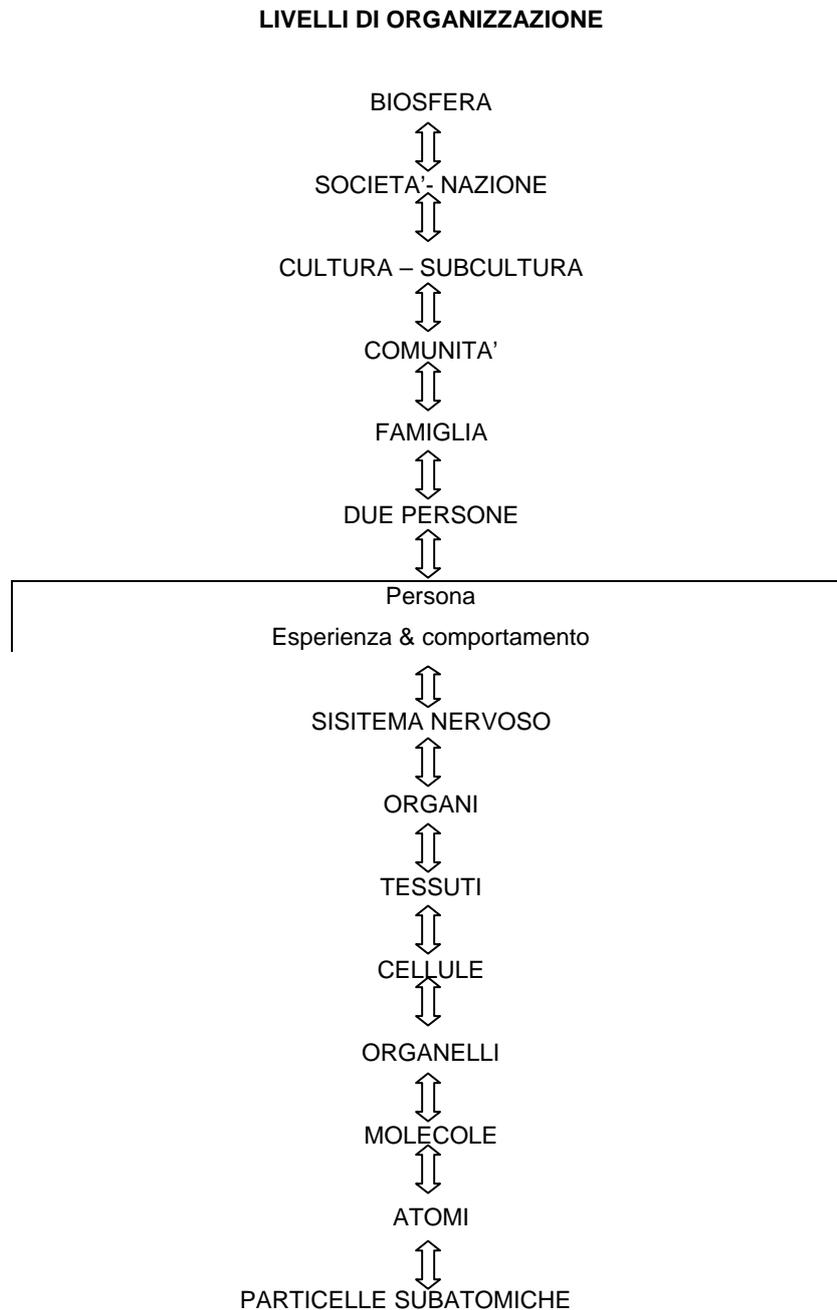


Figura 2.1 - Gerarchia dei sistemi naturali.

Modificato da: Engel, 1980

Il limite delle proposte di questi autori risiede principalmente nella mancanza di direttive pratiche per poter formalizzare una metodologia operativa alternativa a quella in uso. Entrambi i tentativi hanno però il merito di allargare il campo di indagine preso in considerazione dal modello “disease centred”.

Il presupposto di fondo su cui si basa la medicina centrata sul paziente è un’integrazione delle dimensioni normalmente non considerate parte della medicina, in quanto di difficile misurazione, ovvero gli aspetti personali del paziente nelle sue dimensioni psicologiche e sociali.

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso una maggiore attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali tra medico e paziente (Mead e Bower, 2000).

La maggiore considerazione dei vissuti del paziente intende spostare l’obiettivo della cura dalla malattia alla persona, introducendo una distinzione ben espressa dai termini anglosassoni di “disease” e “illnes” che evidenziano una differenza semantica e di conseguente azione circa la malattia e l’essere malato. L’essere malato, dunque, e non la malattia, come fulcro attorno a cui impostare la cura fin dalla raccolta dell’anamnesi.

Il paziente con le sue paure e il suo punto di vista diventa così parte integrante del processo di cura in un passaggio dal “to cure” al “to care”, ad indicare una maggiore partecipazione del paziente al processo di cura.

Il modello “patient centred” non si pone come alternativo al precedente ma come integrazione di aspetti legati alla comunicazione e alla costruzione di una relazione terapeutica efficace con il paziente.

Gli obiettivi generali del modello restano dunque gli stessi del modello “disease centred” con l’aggiunta di una maggior confronto con la persona e il suo vissuto di malattia.

Medicina “ <b>disease centred</b> ”	Medicina “ <b>patient centred</b> ”
Effettuare una diagnosi di malattia	Effettuare una diagnosi di malattia <i>Confronto con il vissuto soggettivo di malattia</i>
Impostare un trattamento terapeutico	Impostare un trattamento terapeutico

Tabella 2.1 - Obiettivi dei due modelli di medicina. Fonte: Moja e Vegni, 2000

In sostanza, data l’innegabile efficacia terapeutica raggiunta dalla medicina attuale, il modello “patient centred” intende conservare inalterato l’approccio alla malattia proprio del modello biologico ampliandone però gli obiettivi per far rientrare all’interno delle

competenze del medico anche dimensioni più prettamente psicologiche e sociali, legittimando il loro inserimento nel dominio medico attraverso una serie di studi che ancorino l'importanza della relazione con il malato ad esiti clinici funzionali.

A partire dai contributi originali di Balint ed Engel le ricerche sull'importanza degli aspetti comunicativi e relazionali in ambito medico si sono moltiplicate. Gli studi si sono concentrati principalmente intorno a due aree di interesse: il primo è il tentativo di verificare i vantaggi derivanti dall'introduzione di una maggiore attenzione della relazione tra medico e pazienti su una serie di "outcomes" clinici nonché sul processo di guarigione (Stewart et al., 1979, 1984; Roter et al., 1987; Hall et al., 1988; Smith e Hoppe, 1991)

L'altro filone di ricerche si misura con il difficile compito di definire cosa si intenda per comunicazione in medicina e cerca di formalizzare in modo chiaro e operativo cosa si debba intendere per relazione medico paziente efficace (Beach, 2006).

Rispetto alla prima tematica è stato dimostrato e confermato da diverse ricerche come una migliore comunicazione tra medico e paziente possa favorire la "concordance", intesa come una reale costruzione di senso comune relativamente al piano terapeutico, riducendo il fenomeno delle prescrizioni terapeutiche disattese, oltre a favorire una maggiore accuratezza diagnostica e un miglior "outcome" clinico a parità di condizione di malattia (Eraker et al., 1984; Butler et al., 1992).

Per quanto riguarda il vissuto soggettivo del medico poi si è attestato un minor rischio di sviluppare una sindrome da "burn out" caratterizzata da perdita della motivazione e della capacità di provare piacere per il proprio lavoro, evento costantemente rischioso per chi esercita professioni di natura relazionale che coinvolgono la malattia e la sofferenza di altre persone. Alla riduzione del "burn out" si associa a sua volta la garanzia di una maggiore soddisfazione del paziente e un minor spreco di risorse e prestazioni per la gestione del singolo caso.

Rispetto a cosa si intende per comunicazione e relazione efficace in ambito medico sono state create diverse griglie capaci di rendere operativa e valutabile l'introduzione della dimensione relazionale. Si rimanda al terzo capitolo inerente la formazione al modello "patient centred" per un'analisi più dettagliata di queste griglie.

Per il momento basti ricordare come questo campo di ricerca abbia prodotto negli ultimi anni diversi strumenti in grado di guidare il medico attraverso il raggiungimento di obiettivi specifici che di volta in volta garantiscono una maggiore centratura della visita sul paziente e sui suoi vissuti.

### **2.2.2 La clinica “patient centred”**

Rispetto ai passati tentativi di modificazione del modello “disease centred” dunque l’idea di un ampliamento dello stesso attraverso lo sviluppo di una competenza comunicativa e relazionale passa anche attraverso la specificazioni degli obiettivi da raggiungere per poter rendere un colloquio medico “patient centred”, con la conseguenza di una sua eventuale verificabilità e insegnabilità.

Al fine di meglio delineare il contributo del paziente all’interno di un metodo clinico “patient centred” sono emersi diversi contributi da vari autori.

Tra questi contributi ritroviamo l’idea di una vera e propria “agenda del paziente” da affiancare a quella medica (Levenstein et al., 1986; Brown et al, 1986; Stewart et al, 1986; Virzi, 2007). Mentre la seconda è solitamente declinata in termini di raccolta di informazioni e di dati anamnestici, la prima è caratterizzata da dimensioni legate alla sfera privata del paziente.

Nello specifico l’agenda del paziente prevede che alcune tematiche quali: i sentimenti del paziente, le interpretazioni che questo dà della propria condizione, le aspettative e i desideri rispetto a ciò che vorrebbe ottenere, oltre che un’analisi del contesto familiare e sociale all’interno del quale il paziente si muove e vive, vengano regolarmente esplorate dal medico come parte integrante della consultazione.

Il risultato di questo ampliamento consiste appunto in un cambio di prospettiva che vede la malattia indagata e integrata all’interno della vita della persona malata (Suchman e Matthews, 1988).

Il contenuto dell’agenda del paziente non è identificabile all’inizio della visita ma contribuisce in modo fattivo alla realizzazione di quella relazione umana e cooperativa in grado di avvantaggiare il processo medico sia nella sua componente diagnostica che terapeutica (Safran et al., 1988).

Nel corso del tempo il metodo clinico “patient centred” è andato incontro a revisioni aventi l’obiettivo di una sempre maggiore integrazione tra le componenti biologiche e psicosociali del colloquio clinico (Stewart et al. 1995; 2003).

Il risultato dei diversi lavori consiste in un modello caratterizzato da 6 componenti che rispondono al tentativo di fornire una griglia di riferimento onnicomprensiva per la clinica “patient centred”.

La prima componente riguarda l’indagine del disease e dell’illness del paziente ovvero sia l’indagine più propriamente tecnica biologica che quella legata alle idee alle aspettative del paziente. Un secondo passo si concretizza nell’indagine riguardante

l'intera persona ovvero la storia personale e familiare del paziente, il contesto e la comunità di appartenenza. Il terzo passo del metodo clinico ha l'obiettivo di trovare un terreno comune tra medico e paziente condividendo priorità e obiettivi del trattamento nonché chiarendo i rispettivi ruoli all'interno del processo di cura.

Ulteriore passaggio è quello che ha per oggetto la promozione della salute e la valutazione di eventuali rischi a cui la persona potrebbe essere esposta. Il quinto passo è dedicato alla specificazione dell'atteggiamento che il medico deve tenere durante la visita come caratterizzato da empatia, curativo, con un potere distribuito (Stewart et al., 1997).

Un punto importante di queste annotazioni riguarda il richiamo all'importanza della consapevolezza delle proprie emozioni oltre che a quelle del paziente. Queste ultime infatti possono spesso essere motivo di ostacolo o di difficoltà nello stabilirsi di un rapporto con il terapeuta.

Viene infine richiamata l'attenzione sull'importanza della tempistica e dell'uso efficace delle risorse come componente principale della strutturazione di un intervento ordinato nel tempo e nello spazio.

La caratteristica comune che ha attraversato la formalizzazione e l'evoluzione dei modelli dai primi ai più recenti è l'importanza rivestita dalle competenze comunicative e relazionali del medico che diventano una componente irrinunciabile al raggiungimento degli scopi di ampliamento proposti. È solo attraverso questo nuovo "strumento tecnico" che diventa infatti possibile realizzare l'implementazione verso la sfera psicosociale auspicato dai diversi autori.

Restano indicazioni valide e sicuramente utili all'interno di questo modello, gli spunti provenienti da diversi autori che hanno cercato di indagare le specifiche difficoltà inerenti la strutturazione di un rapporto con determinati pazienti inquadrati in più o meno esaurienti categorie: pazienti manipolativi, ambivalenti nelle richieste, ansiosidipendenti, passivi-aggressivi (Groves, 1978; Gerrard e Riddell, 1988; Noble, 1998).

Da notare come sia frequente, in virtù della visione riduzionista che impronta la pratica medica attuale e che conseguentemente esclude il materiale personale dall'indagine scientifica, da parte dei medici attribuire eventuali difficoltà lavorative proprio ai pazienti e al loro modo di comportarsi o pensare.

Non si tratta dunque di effettuare un colloquio in modo diverso ma solo di ampliare alcune competenze del professionista sanitario in modo da permettergli l'esplorazione delle aree personali e sociali che intervengono nel processo di malattia e cura. In questo

senso è possibile immaginare un continuum tra stili di consultazione “disease centred” e “patient centred”.

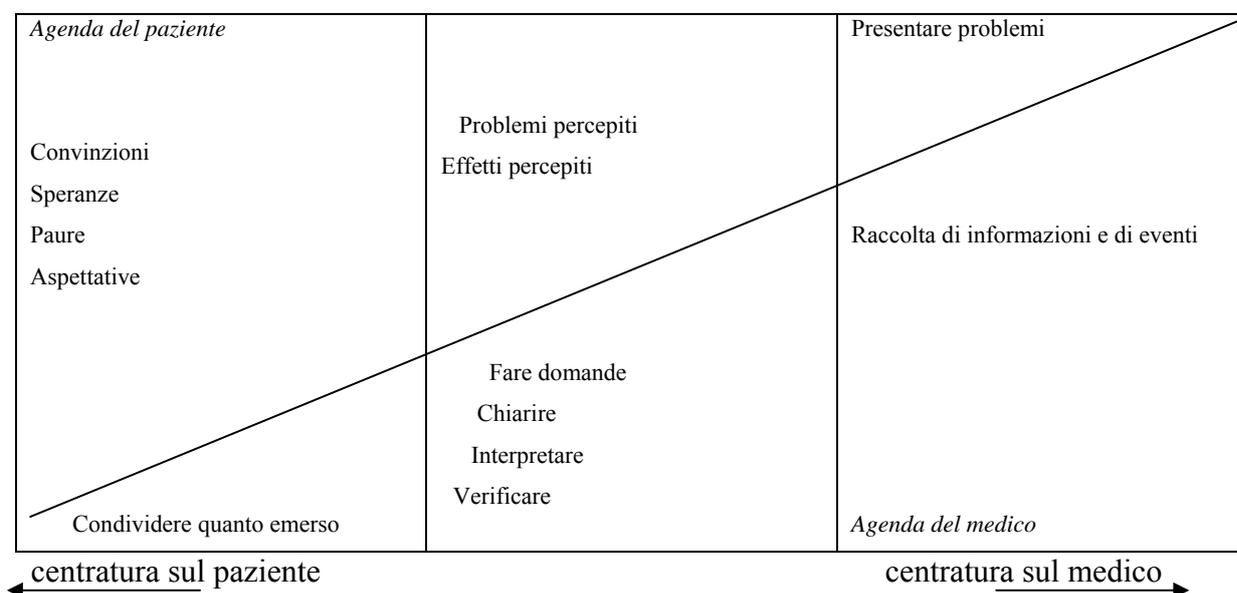


Tabella 2.2: La consultazione medica. Fonte: modificato da Tate, 1997

Nel corso degli anni le ricerche inerenti il campo della medicina “patient centred” si sono sempre più spostate dalla definizione di un metodo clinico alla specificazione delle abilità necessarie per poter mettere in pratica quanto esposto attraverso le necessarie “skills” intese come abilità specifiche o “attitudes” intese come sviluppo di un atteggiamento specifico, oltre che le conoscenze teoriche di riferimento. L’attenzione si sposta dunque dalla definizione di un metodo alla strutturazione di pratiche e competenze specifiche al fine di garantirne l’apprendimento e la trasmissibilità.

### 2.2.3 Vantaggi e limiti

Diversi sono i vantaggi che vengono di solito ascritti all’uso di una metodologia “patient centred”. Innanzitutto esso risponde in maniera adeguata ai cambiamenti culturali e sociali che stanno modificando il percorso della medicina moderna occidentale. In particolare dal punto di vista epidemiologico, come ricordato nel precedente capitolo, l’attuale periodo è caratterizzato da un forte incremento delle malattie croniche a discapito di quelle acute. Se consideriamo, come riporta Shorter (1986), che spesso dietro richieste spesso impossibili da realizzare da parte del medico e del suo bagaglio di conoscenze legate al disease, si celano risvolti di natura psicologica

e sociale diventa evidente come un modello che valorizza la relazione sia maggiormente appropriato a garantire un processo di accompagnamento e di responsabilizzazione condivisa circa la malattia (Canguilhem, 1998). La ricaduta nel lungo periodo di un modello maggiormente cooperativo intende inoltre potenziare la responsabilizzazione del paziente rispetto alle scelte terapeutiche da effettuare e rispetto alla promozione stessa della sua salute.

Il medico diventa in questo modo un consulente esperto a cui chiedere aiuto per decidere come gestire la propria salute e non un autorità assoluta a cui affidare la propria sorte.

Alle malattie croniche si affiancano malattie che spesso faticano ad essere inquadrare all'interno di un modello prettamente organico, si pensi alle sindromi ipocondriache, ad alcune forme di disturbi sessuali o di dipendenza che pur non essendo leggibili in senso di alterazioni organiche vedono il medico come prima risorsa chiamata in causa per risolvere il problema.

Dal punto di vista clinico i vantaggi si concretizzano in una maggiore capacità di identificazione del problema e una maggiore aderenza all'eventuale trattamento farmacologico, una riduzione del numero di visite da parte dei pazienti che spesso insistono in controlli ritenuti dal medico poco utili al solo fine di segnalare un malessere (Noble, 1998).

Questi dati si coniugano con una maggiore capacità di ritenzione delle informazioni appena dopo il colloquio e più in generale dei trattamenti e degli eventuali esami discussi.

La critica che più comunemente viene riconosciuta al metodo clinico "patient centred" è quella del dispendio di tempo che comporta l'approfondimento di taluni argomenti di carattere personale da parte del medico. E' da ritenersi fondata l'opinione che spesso la difficoltà di indagare la parte emotiva della persona è da far risalire ad un *empasse* del medico che, spesso non adeguatamente preparato dal punto di vista relazionale, ritiene certi argomenti pericolosi, fuori controllo e rischiosi per il buon andamento della consultazione.

Il contatto con le emozioni del paziente, e di conseguenza con le proprie emozioni, che scaturisce da un maggior grado di condivisione della relazione risulta così essere, anche alla luce della formazione medica attuale, una sorta di zona d'ombra da ridurre al minimo o da lasciare fuori dal colloquio.

Il modello “patient centred” non è naturalmente privo di limiti. Innanzitutto la sua realizzazione in termini teorici e clinici prevederebbe un investimento e una sorta di rivoluzione formativa di ampia portata perché vedrebbe in sostanza l'introduzione massiccia di argomenti di carattere per lo più psicologico all'interno dei corsi di laurea in medicina. Sarebbe inoltre auspicabile un investimento anche a livello personale da parte dei futuri medici. Secondo Balint (1957) la formazione del medico, per quanto riguarda gli aspetti personali e relazionali da spendere nel corso degli incontri con i pazienti, dovrebbero arrivare a portare a una “modificazione notevole, seppure parziale, della propria personalità”. Evidentemente una tale modificazione dovrebbe essere giustificata a livello di vantaggi clinici, oltre che essere garantita la non nocività della stessa. Entrambi i compiti risultano ardui dal momento in cui si tratta di argomenti scarsamente quantificabili e come tali poco avvezzi ai parametri attraverso i quali i medici hanno dato forma e forza al loro agire nell'ultimo secolo.

Il tema del tempo, già accennato in precedenza, è un altro limite del modello in particolare per la percezione che di questo tempo hanno i professionisti medici e per l'inevitabile incrocio con una logica sanitaria aziendale all'interno della quale, a fronte di un sempre crescente numero di visite mediche, la tempistica assume particolare rilevanza.

Altro punto di debolezza è la mancanza di una definizione univoca e condivisa di medicina “disease centred”. Il fulcro intorno al quale ruota l'intera argomentazione del nuovo modello è l'importanza della comunicazione e della relazione con il paziente, oltre che all'importanza data alla persona nella sua interezza e alla non riduzione della malattia alla sua componente organica. La difficoltà di una tale definizione consiste nel riuscire a quantificare gli obiettivi proposti e riuscire quindi in modo esplicito a definire cosa sia e come si debba misurare un colloquio centrato sul paziente.

Come si esporrà in maniera più esaustiva nel prossimo capitolo trattando il tema delle abilità relazionali necessarie alla realizzazione del nuovo modello, nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi strumenti in grado di analizzare l'interazione tra medico e paziente, senza tuttavia giungere ad eleggerne uno come il principale o il più valido. Allo stesso modo le diverse metodologie impiegate di volta in volta per l'acquisizione di una maggiore competenza relazionale hanno messo l'accento su tematiche differenti senza mai arrivare ad un principio unico di insegnamento.

Il risultato è una pleora di misurazione e di corsi che di volta in volta mettono in risalto un aspetto della consultazione medica a discapito di un altro in base al tipo di obiettivo

prefissato riducendo la forza di rinnovamento di indicazioni che spesso faticano a divenire obiettivi quantificabili e verificabili.

Nel prossimo capitolo verrà quindi approfondito il tema della formazione in medicina con particolare rilevanza agli aspetti comunicativi e relazionali, al posto che occupano in essi, alle metodologie utilizzate per fornire un apprendimento delle stesse e alla valutazione degli esiti formativi.

### 3. LA FORMAZIONE ALLA MEDICINA “PATIENT CENTRED”

*Non tutto ciò che può essere contato, conta  
Non tutto ciò che conta, può essere contato  
Albert Einstein*

#### 3.1 COSA SONO LE ABILITA' RELAZIONALI

##### 3.1.1 “Skills”

Da quanto esposto fino ad ora risulta chiaro come un modello di medicina che intenda sviluppare in maniera coerente e specifica le competenze comunicative e relazionali del medico come parte integrante del percorso formativo teorico e pratico della professione medica debba innanzitutto rendere espliciti gli oggetti che costituiscono il fulcro di tali competenze.

Secondo diversi autori (Cohen Cole, 1991; Lipkin et al., 1995) le abilità relazionali si articolano principalmente in tre funzioni e precisamente nella *raccolta delle informazioni*, nella *restituzione delle informazioni* e infine nella *creazione e nel mantenimento della relazione* tra medico e paziente. Ad ognuna di queste funzioni corrispondono specifiche capacità comunicative.

Rispetto alla raccolta delle informazioni Lipkin (1995) individua quattro obiettivi che si sovrappongono in parte agli obiettivi del già citato modello clinico centrato sulla malattia e in parte agli obiettivi del nuovo modello: la diagnosi, la raccolta del vissuto del paziente, le eventuali modificazioni e più in generale l'acquisizione di informazioni generali utili all'impostazione del trattamento terapeutico. Al fine di raggiungere tali obiettivi vengono indicate come indispensabili abilità quali il “saper chiedere” e il “saper ascoltare”.

Il saper chiedere si articola a sua volta nella gestione delle *domande chiuse*, utili alla raccolta delle informazioni ma poco funzionali all'indagine del vissuto del paziente, e delle *domande aperte* che consentono al paziente di dare maggiormente spazio a quelle che sono le sue idee e le sue rappresentazioni rispetto alla malattia in corso (Ong, 1995). Tra le domande aperte particolare attenzione è stata dedicata alle cosiddette *trigger questions* o domande stimolo la cui funzione è quella di facilitare l'apertura relazionale del paziente e alla *tecnica di eco* che consiste nella ripetizione di una parola o frase ritenuta particolarmente interessante ai fine dell'indagine medica in grado di far proseguire l'eloquio senza interferire.

Per quanto riguarda la capacità di ascolto sia la ricerca che le riflessioni teoriche mettono l'accento sull'importanza del lasciare uno spazio adeguato al paziente in modo che lo stesso possa sentirsi ascoltato, compreso e, in ultima analisi, partecipe a quanto lo riguarda (Epstein, 1993).

In particolare vengono rilevati vantaggi per quanto riguarda l'adesione al trattamento (Mc Whinney, 1989) e la soddisfazione del paziente (Stewart, 1982).

Tecniche rilevanti in questo campo risultano essere quelle del *silenzio* che usato in maniera "strategica" garantisce al paziente la possibilità di fare chiarezza sul proprio punto di vista e dell'*active listening* consistente nell'uso di locuzioni o frasi atte ad assecondare quanto emerso.

Le capacità di chiedere e di ascoltare dovrebbero dunque articolarsi in un processo a cono che si snoda attraverso l'iniziale uso di domande aperte e di un maggiore ascolto per poi proseguire con domande chiuse mirate e con una sempre maggiore partecipazione da parte del medico al processo in atto (Cohen Cole, 1991).

La seconda dimensione delle abilità relazionali in questione riguarda la restituzione delle informazioni al paziente. Anche in questo caso il focus dell'attenzione deve necessariamente essere rivolto sia al contenuto della comunicazione in corso sia alla modalità attraverso la quel tale contenuto viene trattato dal medico e condiviso con il suo interlocutore.

Per quanto riguarda le tecniche più comunemente studiate particolare rilevanza assumono le *checking skill* ovvero l'utilizzo di brevi ricapitolazioni di quanto detto al fine di mantenere la relazione e permettere un'adeguata comprensione da parte del medico e le *reflection skill*, costituite per lo più da interventi di legittimazione o di supporto da parte del medico che oltre a garantire una condivisione delle informazioni ha lo scopo di rimandare un'idea di accettazione e di comprensione emotiva che come già suggeriva Balint (1957) è il primo passo terapeutico operato dal medico.

Il termine di questa dimensione del colloquio dovrebbe poi essere caratterizzata dall'uso delle *capacità di orientamento*. Queste possono essere riassunte nel *focusing* che favorisce l'attivazione dell'attenzione del paziente su un aspetto particolare emerso dal colloquio, nelle *categorizzazioni*, ovvero, frasi che anticipano la successive fasi del colloquio permettendo un facile orientamento da parte del paziente e infine la *sintesi* processo attraverso il quale il medico riassume quanto detto da entrambi dando così la possibilità di verificare congiuntamente quanto esposto.

Il termine del colloquio è poi contraddistinto dall'uso della *checking ball skills* e in particolare dall'uso della tecnica del feedback.

Riassumendo schematicamente (tabella 3.1), possiamo notare come alcune tecniche comunicative siano maggiormente impiegabili quando il medico si trova nella posizione del ricevente e nella fase di raccolta delle informazioni, mentre altre sono maggiormente spendibili quando il medico si trova nella posizione di emittente e durante la fase di restituzione.

Medico ricevente – fase raccolta di informazioni	
<b>Question skills</b>	
- domande chiuse	Ha febbre? Da quanto tempo? Ha dolore?
- domande aperte	Come va? Mi parli del dolore
- domande stimolo	Cosa mi racconta?
- tecnica eco	Stanco?
<b>Active listening skills</b>	
- silenzio	.....
- continuazione	mmhh, capisco..., si si,
Medico emittente – fase restituzione delle informazioni	
<b>Checking skills</b>	
- parafrasi	..se ho capito bene mi sta dicendo che...
- ricapitolazioni	..quindi, abbiamo detto che..
<b>Reflection skills</b>	
- espressioni empatiche	..capisco,..
- legittimazione	..è naturale sentirsi così..
- interventi supporto	..troviamo un modo per risolvere la cosa..
<b>Capacità orientamento</b>	
- focusing	..mi ascolti ora,..
- categorizzazioni	..ora le prescriverò degli esami per..
- sintesi	..dunque, ricapitoliamo quanto detto..
<b>Checking back skills</b>	
- feedback	..è tutto chiaro?

Tabella 3.1 – “Skills” comunicative

La creazione e il mantenimento del rapporto, intesa come parte essenziale degli obiettivi della consultazione, passa trasversalmente per tutto il corso del colloquio.

L'uso delle tecniche sopra esposte tende, infatti, a rendere partecipe il paziente nel colloquio andando a inquadrare il dato clinico all'interno dell'esperienza di malattia soggettiva dello stesso.

Secondo Mc Whinney (1997) tuttavia non può essere condotto un colloquio "patient centred" se non vi è, da parte del medico, una percezione diversa del proprio operato, dei propri scopi e del proprio agire rispetto alla mera ricerca di alterazioni biologiche.

Oltre la tecnica dunque esiste una dimensione emotiva e relazionale irrinunciabile inquadrabile nell'atteggiamento personale del medico verso il paziente, la malattia e il proprio operato.

### **3.1.2 "Attitudes"**

Oltre le abilità comunicative, solitamente indicate come "skills", esistono ulteriori competenze necessarie al buon svolgimento di un colloquio "patient centred". Queste qualità sono indicate come "attitudes", e si incentrano maggiormente sulla capacità personale del medico intesa, a sua volta, come una persona con un proprio vissuto, con proprie idee e rappresentazioni circa la salute, la malattia e il suo operato all'interno del sistema sanitario nazionale.

Ne consegue che la conoscenza e la capacità di usare al meglio le cosiddette "skills", le abilità comunicative e relazionale di per sé non è sufficiente a garantire che un colloquio sia effettivamente centrato sul paziente se questo non è sostenuto da una impalcatura emotiva centrata sull'attenzione emotiva all'altro oltre che, naturalmente, a se stessi.

La componente essenziale della costruzione del rapporto viene per lo più indicata nell'empatia intesa come la capacità di calarsi nei panni di un proprio simile e più operativamente nella capacità di mostrare interesse e rispetto verso il punto di vista e l'emotività dell'altro (Davis, 1983; Nightingale, 1991; Charon, 2001; Hojat, 2002; 2004; Kim, 2004;)

Come già suggeriva Balint (1961) è necessario che il medico acquisisca un bagaglio di capacità più esteso rispetto alla semplice conoscenza di tecniche comunicative specifiche che comprenda anche lo sviluppo di un atteggiamento empatico e collaborativo verso il paziente. L'importanza che la relazione con il paziente riveste nel nuovo modello impone al medico una maggiore riflessione rispetto ad alcune questioni

personali che influenzano il proprio modo di agire e operare nell'ambito della propria professione.

Nel corso degli anni dunque è stata dedicata una sempre maggiore attenzione ad un versante di studi volto ad indagare i punti critici necessari per lo sviluppo di un atteggiamento "patient centred". Le riflessioni si sono per lo più incentrate sul concetto "self awareness", specificatamente inteso, all'interno delle professioni sanitarie, come la tendenza o l'attitudine a prestare attenzione alle proprie emozioni e alle conseguenze che queste hanno nel rapporto con il paziente (Benbassat e Baumal, 2005).

Non tanto, dunque, una conoscenza di sé "tout court", quanto una specifica conoscenza dei vissuti personali legati alle proprie emozioni in ambito lavorativo e delle rappresentazioni personali che guidano il proprio lavoro.

Le emozioni e i comportamenti elicitati durante una consultazione hanno, infatti, un effetto diretto su alcuni parametri relativi all'incontro tra medico e paziente.

In particolare spesso le emozioni che compaiono nel colloquio hanno l'effetto di destabilizzare sul piano personale il sanitario con ovvie ripercussioni sul tipo di atteggiamento e di comportamento comunicativo che questo andrà a tenere nel corso dell'incontro senza che questo ne abbia consapevolezza (Smith, 1999).

Emozioni e comportamenti del medico non riconosciuti durante una consultazione medica	
Emozioni non riconosciute	Comportamenti conseguenti
Comuni	Comuni
Paura di perdere il controllo della situazione	Ipercontrollo della comunicazione
Trattare tematiche emotive	Aumento di interruzioni nei confronti del paziente
Apparire antipatici	Comportamento superficiale rispetto alle emozioni
Ansia da prestazione	Distacco \ distanziamento
Discutere tematiche personali	Passività
Non comuni	Non comuni
Sensazioni sessuali	Seduttività
Attitudine a favorire dati biologici	Mancanza di rispetto, sensibilità
Rabbia	Intimidazione, critiche
Paura del coinvolgimento personale	Distanziamento, anaffettività
Senso di inadeguatezza	Imbarazzo
Identificazione con il paziente	Sovrapposizione emotiva

Tabella 3.2: Emozioni e comportamenti associati, nella visita medica. Modificato da Smith, 1999

Le emozioni provate dal medico, il suo personale modo di rapportarsi all'altro e di modulare la componente emotiva elicitata in lui dall'interlocutore e dalla sua situazione clinica e personale sono dunque parte integrante del colloquio con il paziente e come tali rientrano all'interno di quelle competenze che il medico deve acquisire al fine di condurre un colloquio "patient centred".

Data la difficoltà ad inquadrare e definire in modo univoco cosa si intenda per "self awareness", si è spesso dedicata maggiore attenzione all'acquisizione di abilità comunicative lasciando che lo sviluppo di un atteggiamento personale verso il lavoro e in particolare verso l'altro fosse affidato alla pratica durante il periodo di frequenza in reparto. Si è così costituito nel corso del tempo una sorta di curriculum formativo informale, nascosto, "hidden", all'interno del quale vengono apprese modalità di comportamento e di gestione relazionale del paziente attraverso l'osservazione diretta di medici esperti, spesso dei tutor, senza che vi sia la reale possibilità che questa tematica divenga materia di analisi e riflessione approfondita e strutturata (Hafferty, 1998).

L'atteggiamento sviluppato durante gli anni di formazione tende inoltre a mantenersi stabile nel tempo improntando in maniera significativa il modo di operare e di agire nella pratica clinica e in particolare nel rapporto con il paziente (Lempp, 2004).

Lo sviluppo di una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni non corrisponde ad un obiettivo di modificazione permanente della personalità del medico quanto piuttosto ad aumentare la consapevolezza dell'impatto della risposta emotiva personale all'interno dell'agire medico.

La maggiore consapevolezza circa le proprie reazioni emotive, specificatamente rivolte all'agire medico, è stata associata ad un maggior uso delle "skills" comunicative che caratterizzano un colloquio "patient centred" (Smith et al., 1999). Esiste inoltre una correlazione specifica che riguarda la consapevolezza circa le proprie emozioni e l'assunzione di un ruolo più attivo e responsabile all'interno della relazione con il paziente (Jaimovich, 1999).

Una maggiore consapevolezza circa il proprio atteggiamento verso la professione medica favorisce un minor numero di errori clinici, una minore disaffezione del paziente in termini di soddisfazione e di aderenza all'eventuale trattamento (Benbassat e Baumal, 2001).

## **3.2 FORMAZIONE E RICERCA**

### **3.2.1 Formazione alla medicina “patient centred”**

Nel corso degli ultimi 30 anni sono state adottate e sviluppate diverse metodologie formative a seconda dell’oggetto di insegnamento scelto sia esso più inquadrabile in una dimensione di “skills” o di “attitudes”.

Tale distinzione può essere sovrapposta a quella operata da Vettore (2005) rispetto alle abilità intese come “saper fare” e “saper essere”. Mentre nelle prime rientrano abilità gestuali e pratiche di più semplice misurazione, il secondo campo è maggiormente complesso e rende più difficoltoso sia inquadrare con precisione l’oggetto di insegnamento, sia misurare con precisione gli eventuali cambiamenti raggiunti in corso d’opera. La conseguenza diretta della difficoltà di comprovare il raggiungimento degli obiettivi prefissati ha portato ad un maggiore sviluppo del filone di studi legati al saper fare e all’uso di modelli che specificano le diverse fasi del colloquio e i relativi obiettivi.

Fin dagli anni ’70 sono state sviluppate diverse griglie il cui scopo dichiarato consisteva nel guidare la pratica clinica del medico all’interno di una consultazione che tenesse conto sia degli aspetti biologici che di quelli psicosociali.

Attraverso queste griglie diviene possibile seguire un percorso specifico all’interno di un colloquio scomposto in fasi. Tale iter garantisce l’esplorazione di tutte le aree biologiche, psicologiche e sociali inerenti la problematica presentata dal paziente.

La caratteristica principale dell’uso delle griglie per l’insegnamento delle abilità relazionali è la loro scomponibilità: ogni voce corrisponde a un determinato aspetto della visita che a sua volta può essere scomposto in ulteriori sottocompiti in modo da formare un reticolo concettuale e pratico articolato e completo, andando a toccare tutte le dimensioni relative alla malattia e alla persona.

Una panoramica dei modelli a partire dal 1970:

- Physical, Psychological and Social (1972)
- Stott and Davis (1979)
- Byrne and Long (1976)
- Six Categories Intervention Analysis (1975)
- Helman’s “Folk Model” (1981)
- Transactional Analysis (1964)

- Pendleton, Schofield, Tate and Havelock (1984)
- Neighbour (1987)
- The Disease – Illness Model (1984)
- The Three Function Approach to the Medical Interview (1989)
- The Calgary-Cambridge Approach to Communication Skills Teaching (1996)

Il limite principale che accomuna queste griglie di conduzione del colloquio, al di là delle continue revisioni effettuate nel corso degli anni per adeguarsi ai risultati di ricerche sempre più consistenti, riguarda la metodologia formativa attraverso la quale queste griglie sono insegnate. Il rischio è infatti quello di creare una sorta di lista di compiti e di pratiche da svolgere senza il necessario coinvolgimento sul piano personale che è la chiave dello sviluppo di una relazione di reciprocità con il paziente.

All'interno di questi strumenti si è soliti favorire l'aspetto tecnico e direttivo mentre poche indicazioni vengono fornite rispetto al come gestire la parte emotiva legata all'incontro con l'altro.

Pur avendo dunque grossi vantaggi sul piano della verifica del raggiungimento degli obiettivi, l'insegnamento attraverso questa metodologia trasforma ancora una volta una competenza medica, seppure in ambito relazionale, all'insegnamento e alla verificabilità di variabili misurabili come la presenza o l'assenza di un determinato comportamento senza valutare l'impatto emotivo del medico e del paziente.

### **3.2.2 Role-playing**

Diversamente dalle metodologie il cui scopo principale rientra all'interno di un insegnamento di abilità specifiche nella declinazione di comportamenti osservabili, lo sviluppo di un atteggiamento "patient centred", basato sull'empatia, sul rispetto dell'altro e sulla consapevolezza del proprio impatto emotivo viene per lo più modulato dall'esposizione diretta e personale ad esperienze capaci di stimolare l'emotività e in seguito la riflessione circa la propria esperienza (Borrel-Carrio, 2004).

Tra le varie metodologie presenti in questo campo rientrano discussioni in piccolo gruppo inerenti situazioni cliniche particolarmente attivanti sul piano emotivo. La discussione si incentra soprattutto sulle emozioni dei medici, riconosciuti come professionisti ma anche come persone con esperienze pregresse personali e storie di vita peculiari e che di conseguenza esposti maggiormente ad alcune tematiche. La

condivisione di esperienza tra pari permette di attribuire alle emozioni che hanno accompagnato la specifica situazione clinica un ruolo attivo. Le emozioni dunque non sono relegate in uno spazio neutro o ancora sconosciute a favore delle procedure ma vengono integrate e riconosciute come possibili ostacoli o facilitatori di prestazioni (Gorlin e Zucker, 1983).

Altra metodologia impiegata passa attraverso l'analisi dei più comuni reclami dei pazienti circa il comportamento dei medici e la successiva revisione critica della valenza emotiva delle stesse.

Tra gli approcci diretti rientra anche la formazione attraverso l'esperienza diretta di simulazioni di colloqui con pazienti addestrati ad hoc a recitare una parte al fine di creare una situazione potenzialmente di difficile gestione emotiva per il medico.

La successiva discussione mediata da un conduttore esperto permette una rilettura di quanto avvenuto in termini della reciproca emotività dei partecipanti, stimolando eventualmente il gruppo a fornire dei possibili comportamenti alternativi.

Attraverso le simulate diventa possibile per il medico entrare in contatto con parti di sé non direttamente accessibili ma che influenzano la modalità di svolgimento del lavoro per quanto riguarda il versante relazionale.

Il principale obiettivo di questi corsi è di far emergere quelle che sono le maggiori difficoltà, nella relazione con l'altro, dei partecipanti. La principale modalità operativa attraverso la quale è possibile scorgere le potenzialità e le criticità personali nel rapporto con l'altro è l'uso di strumenti di formazione attiva che coinvolgano in prima persona gli studenti. Tra queste un posto di rilievo è occupato dall'uso del role-playing (Jonassen, 1994; Capranico, 1997). Attraverso le simulazioni si rendono infatti disponibili importanti spunti di riflessioni circa le emozioni dei protagonisti individuabili, ad esempio, da contenuti particolari del colloquio, modalità di gestione dei turni di conversazione pause o cambi di ritmo nella verbalizzazione. E ancora indicatori preziosi possono risultare da modulazioni vocali e da comportamenti non verbali particolari come la gesticolazione o la prossemica spaziale. Tutti questi indici contribuiscono a tessere e a rendere visibile una trama relazionale caratteristica, diversa di volta in volta in ragione della natura del colloquio e delle personalità dei partecipanti. Pur seguendo infatti gli studenti di medicina una sorta di copione che si sviluppa a partire controllo degli esami, continua con la comunicazione della diagnosi e si esaurisce nella proposta di trattamento, ogni simulazione porta con sé caratteristiche peculiari legate al modo di riconoscere e gestire le emozioni da parte dei partecipanti.

I canovacci delle simulazioni forniscono informazioni specifiche differenti per lo studente che svolge il ruolo del medico e per il paziente, lasciando però ampio margine di personalizzazione ai protagonisti. I contenuti vanno nella direzione di presentare situazioni comuni spesso critiche dal punto di vista della relazionale all'interno della pratica clinica. Oltre le note difficoltà della comunicazione in ambito oncologico rientrano in questo settore comunicazioni relative a malattia croniche giovanili quali il diabete, la necessità di un esame invasivo o ancora la difficoltà di organizzare il trattamento di un paziente ipocondriaco.

La difficoltà di gestione della rabbia propria e altrui, la giovane età e l'inesperienza clinica come veicoli di incompetenza lavorativa, l'impotenza di fronte ai limiti delle proprie possibilità, l'empatia estrema come senso di invasione dello stato d'animo, il pianto del paziente come momento di crisi dell'altro, sono alcune tra le tematiche che caratterizzano questo tipo di approccio.

Lo spazio di riflessione e di discussione all'interno dei corsi permette una rilettura di quanto emerso in termini emotivi, legando alle specifiche modalità di regolazione emotiva personale dei partecipanti le diverse fasi dell'incontro tra medico e paziente. Il confronto di esperienze nel gruppo allargato poi, permettendo ad ogni partecipante di riflettere e condividere con gli altri le sue personali modalità di affrontare certe emozioni, diventa fonte di arricchimento per quanto riguarda lo sviluppo di strategie alternative di modulazione emotiva e quindi relazionale.

Tra i compiti fondamentali del conduttore rientrano la creazione di un clima di gruppo non giudicante, caratterizzato dalla curiosità e dal confronto, oltre che dalla tutela delle persone coinvolte nei corsi. In questo senso alcuni punti critici possono presentarsi laddove l'emergere di emozioni particolarmente spiacevoli o disturbanti possa diventare motivo di un malessere significativo. È norma che i conduttori di questi corsi restino a disposizione degli studenti anche al termine dei corsi elettivi per ulteriori rielaborazioni di quanto emerso. Altro aspetto fondamentale è dunque la capacità del conduttore di tutelare le emozioni dei partecipanti garantendo il reciproco rispetto delle posizioni e dei punti di vista e fornendo una continua rilettura di quanto emerge nella discussione svincolata da giudizi personali o critiche operative per sottolinearne al contrario le potenzialità costruttive. Scopo ultimo della discussione successiva ai role-playing è far sì che i protagonisti si appropino maggiormente delle proprie modalità di gestione delle emozioni e, laddove queste risultino poco funzionali, che in esse trovino maggiori spunti alternativi di azione.

### **3.2.3 La ricerca di “consensi”**

D'altra parte poiché gli oggetti di insegnamento sono differenti e data la scarsa formalizzazione raggiunta riguardo cosa siano le competenze relazionali e comunicative e come debbano venire insegnate, il campo della formazione si presenta complesso ed eterogeneo sia dal punto di vista della metodologia di insegnamento che da quello della ricerca e della valutazione degli esiti

La complessità del tema della comunicazione e della relazione ha dato il via ad un processo di ricerca che si è basato su una pletera di strumenti che hanno, di volta in volta, messo l'accento su alcune dimensioni della comunicazione e della relazione con il paziente, escludendone delle altre (Yedidia, 2003).

Il limite legato alla mancanza di una cornice teorica comune ha, quindi, aperto la strada a diverse ramificazioni del processo di ricerca con una ripercussione nella stessa direzione delle pratiche formative che hanno finito nel corso del tempo per privilegiare i due poli delle “skills” e delle “attitudes”.

In una recente revisione della letteratura (Cegala, 2002) sono stati evidenziati alcuni importanti limiti legati alla ricerca e alla formazione nel campo della comunicazione tra medico e paziente e in particolare la mancanza di un quadro teorico chiaro che definisca in modo univoco gli oggetti di studio, la loro misurazione e la loro possibile insegnabilità.

Gli strumenti di valutazione della comunicazione e della relazione con il paziente si sono così moltiplicati in maniera esponenziale favorendo una frammentazione della ricerca in diverse direzioni tanto che ad oggi vengono effettuati studi aventi per oggetto la compatibilità dei diversi strumenti al fine di omologare quanto più possibile le dimensioni di interesse condiviso (Schiermer, 2005).

Per ovviare a una eccessiva proliferazione del campo di studio e per rendere maggiormente comuni gli obiettivi fin dall'inizio degli anni 90 dello scorso secolo sono stati redatti dei consensi nel tentativo di fornire linee guida generali rispetto ad alcune dimensioni inerenti l'incontro clinico, i nodi cruciali della formazione e le metodologie di ricerca. Le principali domande a cui dare una risposta sono sintetizzate nella figura 3.3 e sono suddivise per area di riferimento

AREA CLINICA	AREA FORMATIVA	AREA RICERCA
<p>Quali sono gli elementi specifici legati alla comunicazione in grado di massimizzare la soddisfazione del paziente, l'autonomia decisionale del paziente, la qualità della vita e l'alleanza terapeutica e nel contempo che minimizzino il conflitto e l'ostilità reciproca?</p> <p>Quali sono le variabili legate alla persona del medico, del paziente, della famiglia e del contesto sociale che influenzano la consultazione medica? E come interagiscono tra di loro queste variabili?</p> <p>Quali caratteristiche della personalità del medico sono maggiormente importanti nello stabilire una relazione? quali variabili legate al paziente, credenze, attitudini, preferenze sono maggiormente rilevanti rispetto al colloquio?</p> <p>Qual è l'influenza che il sistema sanitario nazionale di riferimento esercita sulle modalità di comunicazione e relazione tra medico e paziente. e come dovrebbe essere organizzato lo stesso per massimizzare i vantaggi della comunicazione?</p>	<p>Un grande numero di metodologie e strumenti di insegnamento sono stati sviluppati, quale tra questi è il più efficace nell'insegnamento delle abilità relazionali?</p> <p>In che modo il percorso di studi o l'esperienza clinica interagiscono con la metodologia e i contenuti da insegnare?</p> <p>Come possono gli insegnanti aiutare efficacemente gli studenti nell'identificare le loro resistenze a entrare in contatto con le problematiche emotive dei loro pazienti? E come queste resistenze possono essere superate?</p> <p>Tutte le abilità sono insegnabili?</p> <p>Quali sono le abilità maggiormente insegnabili?</p> <p>Come possono essere identificate le caratteristiche personali degli studenti in grado di rendere maggiormente individuale l'insegnamento?</p> <p>Come può il sistema educativo conciliarsi con il sistema sanitario in modo da rendere sinergico l'impegno di entrambi?</p>	<p>Ulteriori avanzamenti nell'area tecnologica potranno evidenziare ulteriori dimensioni cliniche rilevanti ai fini di un miglioramento delle abilità relazionali?</p> <p>Individuare misure quantificabili delle dimensioni ritenute rilevanti per quanto riguarda la formazione personale del medico?</p> <p>Viene favorita l'introduzione di metodologie qualitative al fine di aumentare la prospettiva di analisi dell'interazione tra medico e paziente.</p>

Figura 3.3 - Aree di indagine e relativi quesiti. Fonte: The Toronto Consensus Statement, 1991

In seguito all'elaborazione di tali domande e dettami, nel corso degli anni si sono succeduti ulteriori consensi. Nel 1999 l'International Consensus (Makoul, 1999) ribadisce tra l'altro la necessità di una coerenza e chiarezza nell'insegnamento delle abilità relazionali e il bisogno di valutare in maniera adeguata e diretta le competenze acquisite. E ancora nel 2001 e nel 2004 il Kalamazoo Consensus stabilisce in maniera allargata, anche se ancora non in modo esaustivo, le abilità necessarie alla conduzione di un colloquio centrato sul paziente e le metodologie di valutazione più adeguate.

<b>Kalamazoo consensus I - 2001</b>	<b>Kalamazoo consensus II - 2004</b>
<b>Compiti comunicativi essenziali</b>	<b>Metodologie di valutazione</b>
Costruire la relazione con il paziente Aprire la discussione Raccogliere informazioni Capire la prospettiva del paziente Condividere informazioni Raggiungere un accordo sulla natura del problema e sul piano terapeutico Chiudere il colloquio	Checklists relativa ai comportamenti osservati durante un colloquio con paziente reale o simulato  Raccolta dati sull'esperienza dei pazienti dell'interazione con il medico  Esami orali, teorici,  Scritti a tema o a scelta multipla

Figura 3.4 - Le due versioni del Kalamazoo consensus. Fonte: The Kalamazoo consensus, 2001, 2004

Nel Consensus II le competenze comunicative e le competenze relazionali vengono trattate come due componenti separate e integrate: le prime riguardanti la capacità di raccogliere la storia clinica, di effettuare una diagnosi e di impostare un piano di trattamento, le seconde riguardano le capacità di creare un clima di rispetto e cooperazione e di costruire un'alleanza con il paziente in vista di un obiettivo comune.

Ancora una volta si tende a valorizzare l'integrazione tra le abilità di natura tecnico-comunicativa e le competenze più strettamente emotivo-relazionali

Una volta definite delle linee guida che stabiliscono in maniera condivisa le competenze necessarie alla conduzione di un colloquio "patient centred" restano da integrare le metodologie formative differenti più spesso utilizzate per l'insegnamento delle suddette abilità.

### **3.3 LA FACOLTA' DI MEDICINA IN ITALIA**

#### **3.3.1 Il "core curriculum"**

Negli ultimi 20 anni molti cambiamenti hanno caratterizzato l'ordinamento didattico delle facoltà di medicina grazie a revisioni interne ai corsi di laurea e grazie a provvedimenti ministeriali volti a rendere la medicina sempre più coerente rispetto alle sfide e ai diversi obiettivi che le scoperte scientifiche e la tecnologia hanno posto in essere. Già nell'ordinamento didattico del 1986 viene sottolineato come "lo studente debba essere in grado di comunicare con chiarezza e umanità con paziente e familiari, prendere misure preventive di tutela e promozione della salute e saper rispettare gli aspetti etici della medicina".

Dieci anni dopo in seguito alla riforma della tabella XVIII la formazione dello studente viene arricchita dalla indicazione di un approccio olistico al malato che tenga in considerazione anche l'ambiente fisico e sociale all'interno del quale la persona vive.

In particolare viene riconosciuta l'importanza degli aspetti comunicativi e relazioni del medico senza peraltro specificare quali essi siano e in che modo possano venire acquisiti.

Sotto la dicitura di "realizzare una comunicazione adeguata con il paziente e i suoi familiari, nella consapevolezza dei valori propri e altrui" rientrano, dunque, letture ed insegnamenti differenti a seconda dell'interpretazione che ne viene data nelle diverse facoltà sede di formazione.

Ulteriori cambiamenti in seguito ai D.M 509\99 E D.M. 270\04 introducono il corso di laurea specialistico in medicina definito come un percorso formativo sottolineando ancora una volta il carattere olistico della formazione e la pregnanza dell'ambiente sociale del malato. L'approccio al paziente deve essere integrato e lo studente deve essere in grado, al termine del percorso universitario, di valutare in maniera critica non solo gli aspetti clinici ma anche quelli relazionali, educativi sociali ed etici.

Al fine di creare una condivisione a livello nazionale degli obiettivi considerati indispensabili per la formazione del medico è infine stato definito un "core curriculum" inteso come il complesso di contenuti essenziale, in termini di conoscenze, competenze, abilità e comportamenti, che tutti i neolaureati devono aver acquisito in modo completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione e che costituirà il fondamento della loro formazione permanente futura (Gaudio, 2007).

Il core curriculum prevede inoltre una sorta di rivoluzione didattica favorendo la metodologia dell'insegnamento in termini attivi e di apprendimento pratico, oltre alla creazione di Unità Didattiche Elementari non più suddivise per disciplina ma per grandi aree tematiche con l'individuazione di un obiettivo generale a cui concorrono diverse competenze afferenti da aree tematiche differenti.

L'obiettivo didattico è specificato da un verbo ed è indicato il grado di apprendimento della conoscenza insieme al tipo di competenza e il livello di abilità.

Le differenti unità didattiche sono specificate in relazione alla profondità e al tipo di conoscenza, al grado di abilità e alla specifica metodologia didattica più idonea al raggiungimento dello scopo.

<b>LIVELLO</b>	<b>PROFONDITA' CONOSCENZE</b>	<b>TIPO DI CONOSCENZA</b>	<b>GRADO ABILITA'</b>	<b>TIPOLOGIA DIDATTA</b>
<b>1</b>	Superficiale	Mnemonica	Teorica	Lezione frontale, alto numero studenti
<b>2</b>	Generale	Interpretativa	Pratica	Piccoli gruppi frontale\pratica
<b>3</b>	Particolareggiata	Decisionale	Autonoma	Tutoraggio 1:1 o 1:2

Tabella 3.5 – Specifica sulle Unità Didattiche Elementari

La necessità di un “core curriculum”, frutto del lavoro di 10 anni da parte della Conferenza dei Presidenti dei Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nasce da diverse esigenze: innanzitutto la crescita esponenziale del sapere degli ultimi anni impone di stabilire un minimo comune denominatore all’interno di specializzazioni sempre più raffinate, allo stesso tempo la crescita delle conoscenze rende rapidamente obsolete altre nozioni. La formazione inoltre deve essere impostata ed eseguita in modo da risultare permanente, non solo funzionale al superamento di un esame o al conseguimento di un titolo di studio quanto piuttosto incremento delle conoscenze specifiche di un campo pratico.

La reale condivisione a livello nazionale del “core curriculum” rimane un percorso in itinere anche alla luce di resistenze di natura interna alle varie facoltà e alla poca strutturazione della differenza tra insegnamento e apprendimento, tuttavia la condivisione di obiettivi comuni resta il punto di arrivo per un maggiore sviluppo di metodologie adeguate e condivise a livello nazionale e internazionale.

Per quanto riguarda nello specifico il settore della comunicazione e relazione tra medico e paziente all’interno del “core curriculum” vengono specificate oltre 60 Unità Didattiche il cui fine è chiaramente rivolto ad incrementare le capacità di interagire con il paziente.

Il modo di presentarsi al paziente, l’utilizzo dell’agenda per la raccolta dati e ancora l’utilizzo di tecniche specifiche per la raccolta dati, diventano, all’interno del “core curriculum”, specifiche Unità Didattiche Elementari, facenti capo all’Ambito Culturale Integrato delle Scienze del Comportamento (tabella 3.6, 3.7), raggiungendo quindi una formalizzazione che rende conto dell’effettivo tentativo di valorizzare maggiormente le risorse afferenti all’area psico-sociale nel tentativo di ricongiungere la dimensione biologica della medicina a quella umana, relazionale.

<b>Num.</b>	2002
<b>Ambito Culturale Integrato</b>	Scienze del comportamento umano
<b>Unità Didattica Elementare</b>	Avviare il colloquio con il paziente utilizzando tecniche utili a raccogliere informazioni (domande aperte, chiuse, stimolo, ecc.)
<b>Grado di Competenza</b>	Non specificato
<b>Grado di Conoscenza</b>	Non specificato
<b>Grado di Abilità</b>	Pratica
<b>Tipo di Lezione</b>	PT
<b>Impegno del Docente</b>	
<b>Impegno dello Studente</b>	

Tabella 3.6 - Esempi di Unità Didattiche Elementari inerenti la comunicazione medico-paziente nell'ambito delle scienze del comportamento nel 2002

<b>Num.</b>	2003
<b>Ambito Culturale Integrato</b>	Scienze del comportamento umano
<b>Unità Didattica Elementare</b>	Utilizzare tecniche di comunicazione atte a restituire informazioni al paziente (parafrasi, ricapitolazioni, espressioni empatiche , ecc. .)
<b>Grado di Competenza</b>	Non specificato
<b>Grado di Conoscenza</b>	Non specificato
<b>Grado di Abilità</b>	Pratica
<b>Tipo di Lezione</b>	PT
<b>Impegno del Docente</b>	
<b>Impegno dello Studente</b>	

Tabella 3.7 - Esempi di Unità Didattiche Elementari inerenti la comunicazione medico-paziente nell'ambito delle scienze del comportamento nel 2003

Per maggiori informazioni circa le oltre 2000 Unità Didattiche che compongono la proposta del “core curriculum” per le facoltà mediche si rimanda al sito dei Presidenti di Facoltà all’indirizzo web [www.presidentimedicina.org](http://www.presidentimedicina.org).

### 3.3.2 La formazione in Italia

Il panorama italiano riflette l'eterogeneità degli approcci internazionali e di conseguenza la stessa necessità di uniformare gli oggetti e le modalità di insegnamento. Abbiamo visto come il “core curriculum”, pur non dando disposizioni precise in ambito metodologico favorisca una didattica volta alla maggiore partecipazione delle parti in causa, insegnanti e discenti, così come inserisce tra i principi cardine della formazione medica un olistico di fondo all'interno del quale far rientrare anche gli aspetti psicologici e sociali legati al colloquio clinico.

Il nuovo ordinamento didattico specifica come la missione delle facoltà mediche consista nella “formazione di un medico a livello professionale iniziale con una cultura *biomedico-psico-sociale*, che possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia, con una educazione orientata alla comunità, al territorio e fondamentalmente alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute, e con una cultura umanistica nei suoi risvolti di interesse medico; tale missione specifica risponde in maniera più adeguata alle nuove esigenze di cura e salute, in quanto centrata non soltanto sulla malattia, ma soprattutto sull'uomo ammalato, considerato nella sua globalità di soma e psiche ed inserito nel contesto sociale”.

Per quanto riguarda lo specifico campo della comunicazione e relazione con il paziente all'interno del “core curriculum” del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, la situazione a macchia di leopardo che si è creata intorno a questa tematica in Italia ha visto lo sviluppo nelle diverse facoltà italiane di metodologie diverse, inserite in anni accademici diversi con diversi crediti e obiettivi in base all'ordinamento universitario di riferimento.

Per quanto riguarda ad esempio la metodologia di formazione alla didattica frontale si affianca quella seminariale o ancora quella per immersione, partecipativa con attività pratiche effettuate dagli studenti sotto la supervisione di un tutor. La metodologia applicata è funzione non solo degli obiettivi da raggiungere ma anche dell'anno di corso e dalla numerosità del gruppo di apprendimento. La didattica partecipativa necessita della partecipazione attiva di tutti gli studenti ed è quindi realizzabile solo all'interno di piccoli gruppi facendo riferimento spesso a corsi elettivi o scuole di specializzazione. Le lezioni frontali e i seminari vedono al contrario la presenza di un numero consistente di studenti ed è solitamente effettuata ai primi anni dell'iter formativo all'interno di una

panoramica generale della psicologia e delle tecniche comunicative in generale (Tatarelli, 1998).

I corsi comunemente si articolano intorno ad alcuni insegnamenti che di volta in volta trattano tematiche quali la psicologia generale, la psicologia clinica integrata, la teoria generale della comunicazione, il rapporto medico paziente, la comunicazione di cattive notizie, il paziente difficile, la psico-oncologia.

Tra gli strumenti formativi maggiormente utilizzati rientrano l'uso di videocamere per la registrazione e la successiva revisione ed analisi dell'interazione effettuata tra lo studente e un paziente simulato. O ancora l'uso di filmati o "case vignette" o l'analisi di casi, per studenti in fasi avanzate di formazione, attraverso le quali vengono proposte situazioni cliniche che fungono da stimolo per la successiva discussione.

Particolare menzione, per quanto riguarda l'uso di strumenti formativi volti all'insegnamento delle "attitudes" o più in generale alla modificazione degli atteggiamenti e delle convinzioni, credenze aspettative inerenti la professione medica e il rapporto con i pazienti meritano le Medical Humanities.

Le Medical Humanities nascono dalla convinzione che la preparazione tecnico scientifica da sola sia insufficiente a rispondere alle sfide di umanizzazione che oggi permeano la medicina occidentale e che sia quindi necessario allargare il ventaglio di formazione a contributi che provengano da discipline maggiormente umanistiche come l'antropologia, la sociologia la psicologia. Attraverso l'uso di film o libri inerenti la medicina diventa dunque possibile attivare una riflessione personale, attraverso il confronto tra pari, rispetto a cosa rappresenti la medicina per la singola persona, la strada attraverso la quale è giunta a scegliere la facoltà e gli obiettivi futuri.

Negli sviluppi futuri rientra sicuramente una maggiore omogeneità dell'offerta formativa rispetto alle tematiche della comunicazione e relazione tra medico e paziente e ancora maggiormente l'individuazione di linee guida condivise rispetto alle dimensioni e alle metodologie maggiormente funzionali al raggiungimento di una sempre migliore comunicazione medico paziente.

La complessità del campo di indagine riflette, dunque, la mancanza di un punto di vista forte circa le dimensioni maggiormente coinvolte nel favorire una migliore relazione tra medico e paziente. Laddove sussiste maggiore accordo, come nel caso dell'empatia come veicolo principe della costruzione e del mantenimento di una relazione efficace, resta comunque arduo chiarire i meccanismi grazie ai quali l'incontro tra due persone con bisogni diversi e complementari possa trasformarsi in una relazione vera e propria.

Risulta evidente dunque come il filone riguardante la consapevolezza del medico risulti particolarmente interessante sia per le possibili ripercussioni sul piano della ricerca sia per la possibilità di integrare una didattica attiva con l'acquisizione di abilità pratiche in linea con i dettami della nuova formazione in corso.

Nel prossimo capitolo verrà brevemente presentato il modello teorico del costruttivismo in psicologia. Il ricorso alle discipline psicologiche è giustificato dalla necessità di rendere conto dell'importanza dell'esperienza emotiva individuale nel vivere ed interpretare la realtà. La ricaduta comportamentale osservabile, infatti, non che una parte del più generale processo attraverso il quale l'uomo si rapporta alla realtà che lo circonda, inoltre una maggiore conoscenza dei processi che guidano il comportamento può aiutare ad allargare il campo della comprensione dei rapporti in generale e in ambito medico in particolare.

## 4. LA COSTRUZIONE DELLA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE. DIMENSIONI EMOTIVE FONDANTI E STILI DI PERSONALITÀ.

*Se tu hai una mela, e io ho una mela, e ce le scambiamo,  
allora tu ed io abbiamo sempre una mela per uno.  
Ma se tu hai un'idea, ed io ho un'idea, e ce le scambiamo,  
allora abbiamo entrambi due idee.  
George Bernard Shaw*

*Non fare agli altri quello che vorresti facessero a te.  
Potrebbero avere gusti differenti.  
George Bernard Shaw*

*La saggezza è saper stare con la differenza  
senza voler eliminare la differenza  
Gregory Bateson*

### 4.1 IL PARADIGMA COSTRUTTIVISTA: CENNI TEORICI

Il punto cruciale che caratterizza il costruttivismo in psicologia e che lo distingue dai precedenti paradigmi teorici di natura cognitivo-comportamentale, può essere ricondotto alla distinzione descritta da Weimer (1977) tra teorie sensoriali e teorie motorie della mente. Le prime considerano la realtà come oggettivamente data e l'essere umano come un decodificatore, più o meno realista e veritiero, della stessa, le seconde pongono invece l'accento sulla capacità della mente umana di generare un pattern di attivazione neuronale che sia in relazione con l'ambiente e i suoi stimoli, ma che non ne sia una copia perfetta, quanto piuttosto una risposta idiosincratICA che dipende più dalle caratteristiche dell'osservatore che dalla natura dell'osservato.

Nelle parole di Muturana e Varela (1987): “si deve prendere atto che gli stati di attività neuronale innescati dalle diverse perturbazioni sono determinati, in ciascuna persona, dalla sua struttura individuale e non dalle caratteristiche dell'agente perturbatore. Ciò è valido per l'esperienza visiva, così come per qualunque altra modalità percettiva: in altre parole non vediamo la “spazio” del mondo ma viviamo il nostro campo visivo [...] chiarendo (che) il modo in cui ogni esperienza conoscitiva coinvolge colui che conosce a livello personale, profondamente radicato nella sua struttura biologica, al fine di dimostrare che ogni esperienza di certezza è un fenomeno individuale.”

Nell'approccio costruttivista (Guidano, 1988; 1992; Reda, 1986; Bara 2005; Rezzonico, e Strepparava, 2004) i diversi significati che emergono spontaneamente dalla continua dinamica ricorsiva tra la conoscenza della realtà, esperita istante per istante, e la

conoscenza spiegata, sono di fondamentale importanza nella modulazione del comportamento e del modo di esperire se stessi, gli altri e le reciproche relazioni.

Ogni essere umano è considerato un sistema complesso che si costruisce attivamente nel corso del tempo attraverso le esperienze, attribuendo significati agli eventi esterni e a quelli interni secondo una sua peculiare coerenza che si sviluppa a partire dalle prime esperienze di attaccamento nell'infanzia (Bowlby, 1972; 1978; 1983).

La visione della realtà, intesa come rappresentazione di sé, dell'altro e di sé con l'altro, filtra la realtà in modo tale da selezionare quali eventi verranno presi in considerazione e quali no, nonché il modo in cui questi eventi verranno interpretati. Anche l'attività emozionale che permea l'intera esistenza delle persone viene riferita in maniera stabile all'organizzazione di significato caratteristica di ogni persona e alle dimensioni fondanti a cui essa fa riferimento per mantenersi coerente, contribuendo a fornire una impalcatura stabile nella gestione delle diverse situazioni nel corso della vita. Le emozioni esperite e la modalità di regolare le stesse all'interno di una relazione specifica sono dunque legate tanto agli eventi esterni (perturbatori esterni) quanto alle persone che vi prendono parte e che attivamente costruiscono la situazione (mantenimento della coerenza interna).

All'interno della matrice costruttivista, quindi, assume enorme importanza il concetto di Sé e la sua organizzazione da parte del soggetto, nonché la costruzione della realtà e l'adattamento ad essa.

Uno dei più originali modelli dell'organizzazione del Sé e della sua evoluzione nel tempo è il modello elaborato da Guidano e Liotti (Guidano e Liotti, 1983). In questo modello il Sé è considerato come un processo continuo, e l'esperienza umana viene concepita come il prodotto emergente dal processo di regolazione tra il livello dell'esperienza immediata e il livello di attribuzione di significato all'esperienza stessa (Picardi et al., 2003).

Il continuo flusso dell'esperienza viene così attivamente riordinato secondo un insieme di regole contraddistinte da una coerenza interna che caratterizzano ogni individuo denominata "organizzazione di significato personale". Guidano (1988) definisce l'organizzazione cognitiva personale come "la specifica organizzazione dei processi conoscitivi personali che prende forma gradualmente nel corso dello sviluppo individuale, grazie alla quale, ognuno di noi, pur vivendo in una realtà sociale "oggettivamente" condivisibile, costruisce attivamente, a livelli estremamente articolati

di livello percettivo individuale, il suo punto di vista “dall’interno”, assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo”.

L’organizzazione cognitiva è quindi la modalità specifica con cui ogni individuo costruisce la sua esperienza, il suo Sé, e con la quale integra le sue rappresentazioni emotive e cognitive, in modo tale da rispondere alla necessità di mantenere un senso di identità e di integrazione del sé, e alla necessità di rispondere alle sollecitazioni adattive ambientali (Moser e Genovese, 2005).

Nell’ottica costruttivista, l’identità personale è ontologicamente basata sulla narrativa personale, cioè sulla ridescrizione soggettiva degli eventi di vita guidata dalla qualità emotiva della percezione basica di sé, dal riconoscimento dei propri stati interni transienti e dagli eventi del mondo che accadono nel corso della vita individuale (Arciero e Guidano, 2000; Neimeyer, 2000). Esistono diverse possibili forme di narrazione, percorsi plurimi nel modo di costruire la percezione di sé e del mondo caratterizzate dal prevalere di alcune tonalità emotive di base, da specifici temi narrativi, da diverse forme di dialettica tra esperienza vissuta e riflessione su questa esperienza.

Queste forme di narrazione corrispondono alle diverse organizzazioni di significato personale o organizzazioni di personalità.

Nonostante le prime organizzazioni cognitive siano state evidenziate attraverso osservazioni in situazioni psicopatologiche, la teoria delle organizzazioni di significato personale appare più una teoria della personalità, e in tale direzione va l’ultima evoluzione del modello, dove al termine “organizzazione di significato personale” è stato affiancato quello di “stile di personalità” (Picardi et al., 2003).

Le stesse etichette linguistiche precedentemente utilizzate sono state nel corso del tempo rivisitate per porre maggiormente l’accento sul loro carattere adattivo (Rezzonico e Strepparava, 2004)

Di seguito una breve esposizione dei principali tratti che delineano le quattro organizzazioni di personalità. Per maggiori approfondimenti si rimanda ai testi citati nel capitolo

#### **4.1.1 Il Sé metodico e analizzatore**

Gli elementi di strategia di costruzione dell’esperienza di sé nel mondo che per primi vengono ricondotti a questo stile di personalità sono quelli inerenti la ricerca di ordine e controllo attraverso il pensiero e la razionalità (Rezzonico e Strepparava, 2004). Vi è il

tentativo di pianificare e organizzare l'esperienza attraverso il pensiero e la logica. Negli individui con tale organizzazione è inoltre presente un forte senso di responsabilità personale ed un senso etico molto forte. Le emozioni sono la parte di sé che è meno conosciuta; è il razionale che prevale sull'emotivo, il ragionamento sulla passione, il mentale sul fisico (Moser e Genovese, 2005).

Il senso di stabilità personale è agganciato alla possibilità di riuscire a individuare quali sono le regole e le regolarità del mondo (e quindi di sé). Il riferimento alle norme è un importante fattore di stabilizzazione e sicurezza, soprattutto quando emerge la confusione o quando il livello emozionale si alza ad un livello che viene soggettivamente avvertito come troppo alto.

La percezione della propria coerenza individuale viene sviluppata attraverso la ricerca della stabilità e del controllo emozionale e cognitivo, in modo da sentire che si è "giusti" e quindi il senso della permanenza di sé è sbilanciato verso la polarità di una *lettura esterna* e si tratta quindi di uno stile di personalità *outward*, che cerca all'esterno la verità del proprio sentire.

Le emozioni ricevono fin dai primi anni di vita un'etichettatura valutativa - buono o cattivo, bene o male, giusto o sbagliato - da parte delle figure di attaccamento e nella storia personale sono considerate da sempre come fattori di disturbo: non solo ci sono emozioni che è bene non provare (rabbia, invidia, gelosia), ma anche la manifestazione delle emozioni positive deve sempre essere non eccessiva, moderata e controllata (Strepparava, 2006)

Soprattutto le emozioni più intense e pericolose sono problematiche, in quanto poco riconosciute ed evitate; è come se ci fosse il tentativo di controllare in modo assoluto l'esperienza emotiva attraverso l'ordine e la logica, a scapito della flessibilità personale. Secondo Guidano "l'unità organizzativa del significato personale nell'organizzazione ossessiva si basa sulla percezione di un senso di sé ambivalente e dicotomico, che si dispiega lungo confini di significato antitetici e oscillanti secondo una modalità tutto o nulla che ogni squilibrio nel proprio bisogno di certezza assoluta viene esperito immediatamente come una perdita totale di controllo" (Guidano, 1988).

#### **4.1.2 Il Sé volitivo e controllante**

Gli individui con un'organizzazione di personalità di questo tipo si evidenziano fin dai primi contatti per l'ambivalenza che mettono in gioco nel rapportarsi con gli altri

(Rezzonico e Strepparava, 2004). Le situazioni troppo strutturate sembrano attivare un bisogno immediato di libertà, ma per contro, il semplice sentire un calo di interesse nelle figure di riferimento attiva nel soggetto con organizzazione fobica strategie atte a recuperare la vicinanza. “L’asse dominante del paradosso sta nell’impossibilità di mediare tra un bisogno di sicurezza che scivola immediatamente in sensazioni di costrizione e un bisogno di libertà che si trasforma in paura di solitudine e sensazione di pericolo”.

La coerenza individuale e la stabilità della propria identità si fondano sulla percezione di sé come soggetti agenti, forti, attivi e sulla sensazione di avere tutto sotto controllo.

Il senso di benessere e tranquillità personale è legato alla sensazione che tutto, sia fuori che dentro di loro, sia chiaro, limpido, definito. È naturale per loro essere degli ottimi organizzatori e solutori di problemi, anche perché le situazioni aperte sono percepite come un disturbo, generano un senso di non compiuto, di non concluso che non va bene: se c’è un problema, è buona regola affrontarlo subito, senza rimandare. Il loro mondo è un mondo centrato sulle azioni e sul pragmatismo, senza che vi sia spazio per dubbi, incertezze, attese, ambiguità, con la disponibilità a rischiare, a prendere decisioni, anche importanti, in modo rapido e veloce (Strepparava, 2006)

Un’altra caratteristica della persona con organizzazione fobica consiste nella tendenza a non apprezzare pienamente le situazioni in cui si trova, che rischiano di scivolare nella sensazione di limitazione.

Per quanto riguarda l’identità personale la persona con organizzazione fobica è caratterizzata da un’idea di sé come persona amabile, gradevole e competente; tuttavia le emozioni sono percepite come pericolose, con la conseguente sensazione di non saperle gestire.

#### **4.1.3 Il Sé duttile e fantasioso**

L’aspetto immediatamente emergente nelle modalità relazionali di persone che presentano un’organizzazione cognitiva di questo tipo è la difficoltà a definirsi e delinearli rispetto alla capacità di leggere e leggersi nel mondo (Rezzonico e Strepparava, 2004). Vi è una costante ricerca di conferme negli altri significativi e una scarsa fiducia nelle proprie capacità di giudizio.

Non c’è una buona differenziazione degli stati interni e degli stati emotivi, con una prevalenza della corporeità. “L’unitarietà dei processi di significato personale

nell'organizzazione tipo disturbi alimentari psicogeni si organizza attorno ai confini antagonisti e oscillanti tra un bisogno assoluto di approvazione da parte di persone significative e la paura, altrettanto assoluta, di poter essere intrusi o disconfermati da tali persone” (Guidano, 1988).

La necessità di essere costantemente regolati sui messaggi che arrivano dall'esterno induce lo sviluppo di sofisticate strategie di comprensione dei segnali non-verbali, degli stati emozionali altrui, degli altrui desideri e intenzioni, insomma la capacità di avere una sofisticata abilità di lettura della mente dell'altro anche perché in questo modo è più facile capire cosa si deve fare per far star bene l'altro, per compiacerlo, per ricevere la sua approvazione.

Per contro invece, la capacità di lettura della propria mente, cioè la capacità di mettere a fuoco in modo chiaro e univoco i propri desideri, stati d'animo, bisogni ed emozioni è ridotta, in una sorta di opacità a se stessi. I propri bisogni e desideri – proprio perché poco definiti - sono messi in secondo piano rispetto all'aderire a quelle che si avvertono essere le aspettative altrui.

La tendenza di base è quella di modificare il proprio mondo interno per renderlo conforme ai riferimenti esterni: da questo meccanismo derivano molte cose, tra cui la flessibilità e l'adattabilità ai cambiamenti ma anche l'instabilità e la mancanza di fiducia nelle proprie idee (Strepparava, 2006).

Le oscillazioni emotive caratteristiche riflettono il costante tentativo di trovare un equilibrio tra il bisogno di essere con l'altro e il bisogno di differenziarsi dall'altro.

#### **4.1.4 Il Sé responsabile e riflessivo**

Il tema centrale di questa organizzazione è quello della perdita e della possibilità/impossibilità della sua gestione (Rezzonico e Strepparava, 2004). Secondo Guidano centrale nell'organizzazione depressiva è “la spiccata propensione a rispondere con disperazione e rabbia a eventi discrepanti anche minimi, come risultato di un'attiva organizzazione di tali eventi di perdita e delusione” (Guidano, 1988). L'impossibilità di gestire la perdita e la delusione porta così all'utilizzo di strategie atte ad evitare quelle situazioni in cui il soggetto potrebbe riprovare certe emozioni; si ha così la ricerca di autosufficienza, la tendenza al rovesciamento dei ruoli, la tendenza a ricondurre a sé la causa di qualche evento esterno negativo.

La rabbia rappresenta qui un elemento di equilibrio fondamentale; “l’emergere della rabbia rappresenta lo strumento più efficace ed economico del sistema per impedire che la tristezza e la disperazione diventino così intense e dirompenti da risultare disadattive” (ibidem, 1988)

La coerenza e la stabilità dell’identità personale sono legati al tema dell’autosufficienza emotiva e relazionale, una strategia sviluppata per far fronte al senso di solitudine che queste persone percepiscono fin da molto presto nella loro storia di vita.

Non solo i propri stati interni - emozioni e pensieri – sono facilmente accessibili e oggetto di esplorazione e riflessione, ma sono soggettivamente avvertiti come indicatori stabili e affidabili per capire il significato degli eventi.

Le rilevanti capacità introspettive, generano anche una buona capacità di riconoscimento e d’empatia per le emozioni altrui, soprattutto quando queste hanno la connotazione della sofferenza e del dolore. Percepire in un’altra persona tristezza, sofferenza o malessere ha il potere di attivare immediatamente un comportamento di accudimento e cura e tale sistema motivazionale risulta la modalità di base con cui si entra in relazione con gli altri.

L’attenzione verso le persone non è mai né controllante, né intrusiva: c’è la capacità di tenersi alla giusta distanza, pronti a intervenire in caso di bisogno, con una notevole sensibilità a cogliere il momento migliore per un avvicinamento e senza aspettarsi in cambio la continuità dell’attenzione altrui. La modalità relazionale è di grande rispetto, nel senso che non tendono a imporre la propria visione del mondo o a dirigere forzatamente l’interlocutore.

Nella comunicazione di solito rispettano tempi e modi dell’interlocutore, lasciandogli sostanzialmente lo spazio per stabilire il ritmo della relazione e dell’interazione (Strepparava, 2006).

#### **4.2 IL COSTRUTTIVISMO NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE: RAPPORTI DIFFICILI**

All’interno della costruzione della relazione tra medico e paziente entrano in gioco i diversi stili di attribuzione di significato degli attori e in particolare, per quanto riguarda il medico, peculiari rappresentazioni di sé o dell’altro possono favorire, o al contrario ridurre, la possibilità di stabilire un rapporto funzionale al raggiungimento degli obiettivi condivisi.

Si pensi alla sensibilità al giudizio o alla necessità di controllare le proprie emozioni e al ruolo che queste dimensioni stabili della personalità possono rivestire all'interno del processo di costruzione di un colloquio con una paziente che viene etichettato come arrabbiato, maleducato, oppositivo, piuttosto che seduttivo o ancora compiacente, simpatico.

Il ruolo attivo del soggetto all'interno del paradigma costruttivista evidenzia il rischio da parte del medico di omettere o di accentuare solo le dimensioni del rapporto che sono rilevanti per il mantenimento della propria coerenza escludendo, in maniera inconsapevole, dimensioni critiche sul versante personale. Il risultato è quindi quello di creare una zona d'ombra nella relazione rispetto ad alcune tematiche.

Esiste, quindi, il rischio che l'incontro con il paziente attivi nell'operatore sanitario emozioni e rappresentazioni di sé non facilmente regolabili e quindi disfunzionali.

In termini costruttivisti il medico può essere esposto a perturbazioni non controllate e come tali, almeno in prima battuta, disadattive.

La reazione a tali perturbazioni può tradursi in oscillazioni emotive che spingono il medico, forte dell'asimmetria su cui si basa la relazione con il paziente, a riprendere attivamente il controllo dell'interazione attraverso strategie, come la rabbia o l'evitamento o la squalifica, che rischiano di inficiare alla base la costruzione della relazione in corso e dell'intero processo di cura.

Nella costruzione dell'interazione, medico e paziente si muovono lungo prospettive differenti, caratterizzate da idee, credenze, aspettative differenti, da un differente linguaggio e da una prospettiva peculiare. Uno degli scopi del colloquio consiste, dunque, nel trovare un terreno comune attraverso il quale entrare in relazione e grazie al quale condividere il processo in corso.

Vissuto:	PAZIENTE	Malattia	MEDICO	
Idee	Punto di vista ingenuo, vissuto personale, adattamento immediato e idiosincratico alla situazione in corso. Paura? Sconforto? Rabbia?	Cosa succede	Punto di vista specialistico, vissuto oggettivo, adattamento terapeutico e generalizzato alla malattia in corso. Paura? Sconforto? Rabbia?	<u>Punti di partenza diversi</u>
Credenze		Perché succede		<u>Significati comuni</u>
Aspettative		Cosa succederà		<u>Parole condivise</u>
Convinzioni		Cosa si deve fare		<u>Sviluppo di un punto di vista comune</u>
Desideri		Cosa vorrei succedesse		
Preferenze		Che scelta ho		

Tabella 4.1 - Il vissuto del paziente e del medico all'interno della visita medica

I rapporti difficili non sono dunque tali per una carenza del medico o per una intrinseca difficoltà del paziente quanto per una mancata sintonizzazione delle due parti rispetto agli obiettivi comuni e rispetto alla modalità di raggiungerli. La descrizione soggettiva del paziente messa in atto dal medico riflette dunque per buona parte la propria rappresentazione della persona, e in questo senso dipende, più che dalla realtà esterna oggettivamente valida, dalla peculiare modalità di riordinare l'esperienza personale sviluppata nel corso dell'esistenza.

Un paziente ostile, potrebbe quindi rappresentare tanto un paziente arrabbiato, quanto un paziente triste o ancora dipendente a seconda della difficoltà dell'operatore sanitario a gestire le proprie emozioni emergenti nella relazione.

In questo senso una maggiore conoscenza delle possibili ripercussioni emotive e comportamentali di alcune dimensioni di personalità nella relazione con il paziente appare come un momento importante di conoscenza per lo sviluppo di strategie adeguate a fornire agli stessi medici strumenti utili per tutelarsi e per tutelare la relazione con il paziente, in particolare per quanto riguarda la modulazione delle emozioni emergenti nel colloquio.

### **4.3 LE EMOZIONI COME STRUMENTI DI LAVORO**

Il punto di vista del medico con le sue idee, credenze, aspettative si manifesta all'interno di una narrativa che nel suo intrecciarsi con la narrativa del paziente concretizza le possibilità e i vincoli della relazione stessa. In quest'ottica appaiono determinanti le caratteristiche del medico e in particolare quelle più strettamente legate alle capacità di riconoscimento e modulazione delle emozioni proprie e dell'altro.

Tale possibilità è direttamente influenzata dalla modalità caratteristica di dare senso all'esperienza personale del medico e al maggiore o minore sviluppo di alcune caratteristiche personali che entrano in gioco nella relazione medica che viene qui considerata come una relazione dalle caratteristiche peculiari, strettamente connesse alle dimensioni della sofferenza, fisica ed emotiva.

L'empatia viene spesso considerata una caratteristica essenziale alla riuscita di un buon colloquio clinico, unitamente a una certa flessibilità comportamentale necessaria a chi svolge un lavoro a contatto con persone diverse con problematiche diverse (Suchman, 1997; Charon, 2001)

D'altra parte l'empatia da sola non basta a rendere ragione di una buona relazione. L'avvertire internamente l'emotività dell'altro può portare ad atteggiamenti di accudimento e cura che a lungo andare privano il paziente di quella responsabilità personale necessaria al percepirsi protagonisti del proprio processo di cura. Laddove invece l'empatia sia poco sviluppata si corre il rischio di non entrare in contatto con il paziente creando le condizioni per una disaffezione dello stesso al medico e/o alla cura stessa. La stessa flessibilità comportamentale può favorire l'entrare in contatto con persone differenti, ma se estremizzata priva il professionista di una metodica necessaria allo svolgimento del lavoro.

Il percepire il proprio lavoro come strettamente legato alle tematiche del prendersi cura e del condividere modifica quindi l'agire medico e la possibilità di instaurare un rapporto di fiducia con l'altro nel momento in cui influenza l'importanza attribuita al vissuto emotivo del paziente considerato un partner. Contrariamente un'idea della pratica medica più vicina alla fruizione di un servizio, slegato dalle componenti personali dei partecipanti può oscurare la dimensione della cooperazione nel lavoro clinico (Krupat, 2000; 2001; 2004).

Nell'incontro clinico quindi il medico mette in gioco, oltre le sue conoscenze tecniche patrimonio della sua formazione professionale, anche una parte significativa di sé stesso. L'incontro con l'altro fa risaltare le modalità proprie del medico di attribuire senso a quanto sta avvenendo. In questo senso non si tratta di giudicare la veridicità di quanto proposto dal paziente o di quanto il medico ritiene essere importante quanto piuttosto accentuare la fruibilità del senso comune che emerge dall'incontro.

Una maggiore e più precisa conoscenza di come queste dimensioni possono influenzare il colloquio medico in una direzione "disease centred" piuttosto che "patient centred" può sicuramente contribuire allo sviluppo di strategie formative mirate e funzionali all'obiettivo di coniugare le abilità tecniche e pratiche con le competenze di natura personale entrambe fondamentali per lo svolgimento della professione medica.

L'esplorazione delle dimensioni emotive personali del medico e della loro influenza nella conduzione di un colloquio centrato sul paziente sarà l'oggetto del prossimo capitolo.

## 5. LA RICERCA: ANALISI DEI COLLOQUI E DELLE DIMENSIONI RILEVANTI IN UN GRUPPO DI STUDENTI DI MEDICINA CON ESPERIENZA DI REPARTO.

*Il carattere del medico può produrre  
nel paziente un effetto pari o superiore  
a quello di tutti i rimedi impiegati  
Paracelso*

**Coraggio:** giusto mezzo fra viltà e temerarietà  
**Temperanza:** giusto mezzo tra intemperanza e insensibilità  
**Liberalità:** giusto mezzo fra avarizia e prodigalità  
**Magnificenza:** giusto mezzo fra volgarità e meschinità  
**Magnanimità:** giusto mezzo tra la vanità e l'umiltà  
**Mansuetudine:** giusto mezzo tra l'irascibilità e l'indolenza  
Aristotele

*Poiché involontario è ciò che si compie per costrizione e per ignoranza,  
si converrà che volontario è ciò il cui principio risiede nel soggetto,  
il quale conosce la condizione particolare in cui si svolge l'azione.  
Aristotele*

### 5.1 OBIETTIVO

Il presente lavoro ha lo scopo di:

1. Verificare l'ipotesi secondo la quale gli studenti delle facoltà mediche con esperienza di reparto presentano uno stile comunicativo e relazionale riconducibile a un modello "disease centred", ovvero maggiormente centrato sugli aspetti tecnici della malattia, piuttosto che "patient centred", ovvero bilanciato tra gli aspetti tecnici della pratica medica e quelli relazionali (Krupat, 2000; 2001; Ribeiro et al., 2007).
2. Il secondo obiettivo riguarda la verifica dell'ipotesi secondo la quale, il livello di empatia (Davis, 1994; Haidet et al., 2002), l'importanza attribuita agli aspetti relazionali in ambito medico (Krupat, 2004), la tendenza a modulare il proprio comportamento in base agli indizi del contesto favoriscono la conduzione del colloquio medico in un'ottica maggiormente relazionale.
3. Infine si è voluto esplorare l'ipotesi che alcune dimensioni di personalità (il bisogno di controllo sulle emozioni, la sensibilità al giudizio e la tendenza all'ordine e alla razionalità), che in un'ottica sistemico-processuale vengono ritenute basiche nell'attribuzione di significato agli eventi (Guidano, 1988; 1992), possano dimostrarsi rilevanti per la presa in carico degli aspetti emotivi che emergono nell'incontro con il paziente.

## 5.2 CAMPIONE

Per questo studio sono stati analizzati un gruppo di role-playing (RP), effettuati da studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi Milano Bicocca nel triennio 2006-2009.

Tali studenti rappresentano una parte dei partecipanti ai corsi elettivi organizzati dal Multimedia Health Communication Laboratory (MHCL) che hanno avuto per oggetto l'insegnamento delle competenze comunicative e relazionali nell'ambito della professione medica. Nella prima parte di ogni incontro, viene simulata da uno studente, una comunicazione con un paziente (un collaboratore dell'MHCL). Al medico viene dato un "canovaccio" (allegato I) in cui sono riportate alcune indicazioni di base: il nome, l'età, il lavoro del paziente, i sintomi che lamenta, il motivo della consultazione, gli esami che sono già stati effettuati, che relazione c'è tra il medico e il paziente, ovvero se il medico è uno specialista o un medico di base, se si sono già visti o se è un primo incontro e infine viene spiegata la diagnosi che dovrà andare a comunicare.

I pazienti simulano per lo più sintomi ansiosi/ipocondriaci essendo caratterizzati da storie cliniche esenti da dati clinici oggettivamente significativi ma portatori di malessere, pazienti oppositivi rispetto ad esami invasivi (gastroscopia). Lo svolgimento del corso prevede una prima parte di organizzazione e realizzazione del role-playing, a cui segue una discussione incentrata sulla dinamica relazione che ha caratterizzato il colloquio, che cerca di evidenziare la diversa prospettiva emergente dal medico, dal paziente e dagli osservatori esterni alla relazioni. Lo scopo ultimo è quello di rendere maggiormente esplicito il contributo personale e soggettivo dei partecipanti alla relazioni e far sì che tale contributo venga riconosciuto e confrontato nel gruppo. Ogni role-playing è stato videoregistrato, la chiusura di ogni incontro si è dunque organizzata intorno alla visione della registrazione e ad un'ulteriore analisi delle componenti non verbali del colloquio usate come indici che rafforzano o indeboliscono l'eventuale lettura dei partecipanti o come chiarimento per passaggi dubbi, poco ricordati o ancora sfuggiti all'attenzione.

Dei 33 role-playing raccolti durante i corsi, 4 sono stati scartati a causa di imperfezioni di natura tecnica causate per lo più da una cattiva audioregistrazione.

Il campione di role-playing si è dunque ridotto a 29 (durata media di ogni RP 14,65 minuti), così suddiviso

<b>Studenti</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>
<b>3°anno</b>	2	8	10
<b>4°anno</b>	4	6	8
<b>5° anno</b>	3	3	6
<b>6 anno</b>	1	2	3
<b>Totale</b>	19	10	29

Tabella 5.1 - Distribuzione di frequenza dei 29 soggetti rispetto al genere a all'anno di corso di appartenenza

Al termine di ogni sessione agli studenti che hanno effettuato il role-playing è stato chiesto di compilare un protocollo di ricerca (allegato II) comprendente una batteria di questionari unitamente ad una scheda di rilevazione dei dati anagrafici a cui è stata aggiunta una domanda relativa alla motivazione che li ha spinti a diventare medici. Dei 29 soggetti che hanno effettuato il role-playing 8 soggetti non si sono resi disponibili per la compilazione del protocollo di ricerca.

I partecipanti alla seconda fase della ricerca sono stati quindi 21 studenti, suddivisi come mostrato nella tabella 5.2:

<b>Studenti</b>	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>	<b>Totale</b>
<b>3°anno</b>	2	7	9
<b>4°anno</b>	4	4	8
<b>5° anno</b>	1	3	4
<b>Totale</b>	7	14	21

Tabella 5.2 - Distribuzione di frequenza dei 21 soggetti rispetto al genere e all'anno di corso di appartenenza

## **5.3 STRUMENTI**

### **5.3.1 Analisi dei role-playing**

I role-playing sono stati analizzati attraverso l'utilizzo di due strumenti: il Roter's Interaction Analysis System (RIAS) e il Verona Network on Sequence Analysis (VNSA)

#### *Il Roter's Interaction Analysis System (RIAS)*

I motivi per cui un paziente si rivolge al medico sono due: “il bisogno di conoscere e capire” e “il bisogno di essere conosciuto e capito” (Engel, 1988).

La psicologa americana Debra Roter, sembra tradurre il pensiero di Engel, in uno strumento per l'analisi della comunicazione tra medico e paziente, il Roter's Interaction Analysis System (RIAS).

Il RIAS, messo a punto in una delle più famose università americane, la John's Hopkins di Baltimora, è uno strumento di cui è stata ampiamente dichiarata la validità e l'affidabilità (Roter, 2002), è funzionale per la comparazione di studi diversi (Inui et al., 1982), è ampiamente utilizzato e documentato (Wolraich et al., 1986; Rost, 1987; Roter, 2002).

Attraverso questo strumento è possibile conteggiare quanti e quali atti comunicativi i medici mettono in atto quando effettuano una comunicazione con i pazienti (van Dolmen et al., 2007).

Ogni minima unità di testo dotata di senso è chiamata *utterance* e viene assegnata a una delle 42 categorie mutualmente esclusive (allegato III). L'*utterance* può essere una singola parola, una proposizione o un intero periodo. L'assegnazione a una delle categorie avviene tenendo conto sia del contenuto della frase che del tono della voce con cui viene pronunciata (Roter, 2000).

Le 42 categorie vengono classificate secondo quelli che vengono definiti "comportamenti strumentali" o "comportamenti affettivi". Con "comportamenti strumentali" si fa riferimento alle capacità di "problem solving" che costituiscono la base delle conoscenze mediche. Tali competenze, vengono acquisite durante il periodo della formazione e rappresentano il motivo principale per cui un paziente si rivolge al medico. I "comportamenti strumentali" fanno riferimento a tutto ciò che è relativo alla pratica medica: la raccolta delle informazioni, la somministrazione e l'esecuzione di esami, l'educazione e la consulenza al paziente, il fare domande e il dare informazioni.

I "comportamenti affettivi", fanno esplicitamente riferimento a una dimensione socio-emotiva della consultazione (gentilezza, empatia, interesse, rassicurazioni), sono fortemente correlati alla costruzione di un rapporto ritenuto soddisfacente da parte del paziente e generalmente solo parzialmente oggetto di insegnamento nelle facoltà mediche (Roter, 2002).

#### *Il Verona Network on Sequence Analysis (VNSA)*

Questo strumento, di recente creazione (Del Piccolo et al., 2007) partendo dalla suddivisione degli scambi del medico e del paziente in differenti unità di analisi, permette di rintracciare quelle frasi in cui emerge il disagio emotivo del paziente e la modalità con cui il medico lo accoglie. Le difficoltà emotive del paziente possono essere espresse in modo chiaro, facendo esplicito riferimento a un'emozione spiacevole ("concern": "sono arrabbiato", "ero spaventato") oppure il paziente può segnalare

un'emozione "negativa" che per il modo in cui è formulata richiede un intervento di chiarificazione da parte del medico ("cue"); esempi di "cue" possono essere, cambi improvvisi di argomento, l'uso di metafore, espressioni enfaticizzate, lunghi silenzi (superiori a 2 secondi).

I criteri per la classificazione delle risposte formulate dall'operatore si basano su due dimensioni principali: - nella risposta dell'operatore sanitario c'è un esplicito riferimento al cue/concern del paziente oppure no;

- la funzione della risposta dell'operatorio sanitario è di dare spazio o viceversa di ridurre lo spazio per un ulteriore approfondimento del disagio emotivo.

La codifica delle espressioni dell'operatore sanitario può consentire di valutare l'efficacia delle sue risposte in diversi contesti di ricerca e di pratica clinica.

Lo strumento, tutt'ora in fase di perfezionamento, consente così di valutare la qualità di un colloquio dal punto di vista della quantità e della qualità delle risposte fornite dal medico all'interno di un colloquio, tanto più il disagio emotivo del paziente viene esplorato tanto più il colloquio è centrato su di esso.

Si è deciso di utilizzare sia il RIAS che il Verona Network, poiché il primo strumento prende in considerazione globalmente gli aspetti razionali della visita (il contenuto socio-familiare, le aspettative del paziente, ecc.), mentre il Verona Network ha permesso la focalizzazione sulla gestione degli aspetti emotivi portati dal paziente che, come sottolineato nel capitolo precedente, sono fondamentali nella relazione con l'altro in generale, in quella tra medico e paziente nello specifico.

### **5.3.2 Protocollo Di Ricerca**

#### *Interpersonal Reactivity Index (IRI)*

L'empatia è un concetto complesso ma che può essere definito come la capacità di entrare in risonanza emotiva con l'altro, riuscendo così a meglio percepire i suoi sentimenti e stati d'animo, pur mantenendosi sempre sufficientemente distanziati e differenziati da lui (Sommaruga, 2005). Nonostante questa definizione sembri concepire l'empatia come un costrutto unitario, già quando si iniziò a studiarla se ne riconobbe la sua natura multidimensionale. Infatti già Smith (2005) differenziava tra la capacità di reagire emotivamente all'esperienze altrui e la capacità di riconoscere le esperienze emozionali degli altri. In questa direzione va la teoria sull'empatia di Mark Davis (1983; 1994). Il presupposto del lavoro di Davis si basa sull'idea che l'empatia sia

costituita dall'insieme di più costrutti separati ma tra loro dipendenti. Davis individua quattro aspetti dell'empatia: *perspective-taking* ossia la capacità e la tendenza di un soggetto ad assumere il punto di vista, la prospettiva delle altre persone; *empathic concern* ossia la capacità o la tendenza a provare sentimenti di compassione, comprensione o preoccupazione in risposta alle esperienze negative degli altri; *personal distress* ossia la capacità o la tendenza a provare sentimenti di angoscia o disagio quando si è testimoni di esperienze drammatiche altrui; *fantasy* ossia la capacità o la tendenza a immaginare se stesso in situazioni immaginarie (Davis, 1980). Davis individua costrutti diversi all'interno del concetto di empatia in quanto ritiene che ogni aspetto possa identificarsi in comportamenti diversi.

Tale strumento, sviluppato da Davis (1980), consiste in un questionario autosomministrato composto da 28 items. A tale scopo il questionario è composto da quattro sottoscale, ciascuna di 7 items, ognuna delle quali indaga aspetti diversi dell'empatia. Le quattro sottoscale indagate si compongono di diversi item valutati attraverso una scala likert a 5 punti, da 1 "non mi descrive per niente" a 5 "mi descrive molto bene".

La struttura fattoriale sottostante al questionario è la stessa per entrambi i sessi (ibidem, 1980).

#### *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)*

Lo strumento sviluppato da Krupat (2000; 2001; 2004) si propone di misurare l'atteggiamento verso la relazione medico paziente attraverso l'utilizzo di 18 items ognuno dei quali valutabile su una scala likert da 1 (fortemente in disaccordo) a 6 (fortemente in accordo) che vanno a individuare 2 sottoscale rispettivamente definite "sharing" e "caring".

La scala "sharing" riflette il grado di importanza che il medico attribuisce al coinvolgimento del paziente nel colloquio medico e nelle decisioni mediche relative alla diagnosi e al trattamento e comprende affermazioni quali "Se lo strumento principale di un medico consiste nell'essere aperto e caldo, il medico non avrà molte possibilità di successo".

La scala "caring" valuta il grado in cui il medico ritiene rilevante prendere in considerazione le aspettative, le idee e i sentimenti del paziente all'interno del proprio operato e comprende affermazioni quali "Il medico è colui che dovrebbe decidere quali argomenti trattare durante la visita".

Lo strumento è stato specificatamente costruito all'interno del paradigma di medicina "patient centred" ed è quindi uno strumento molto utilizzato in ricerche nel campo della comunicazione medico paziente sia a livello di formazione degli studenti che a livello di incremento delle competenze di operatori del settore (Krupat, 2000; 2001; Haidet, 2002; Ribeiro et al., 2007).

### *Self Monitoring Scale (SMS)*

Il concetto di self-monitoring è stato sviluppato da Mark Snyder (1974) a partire dall'osservazione che esiste una differenza tra il sé pubblico e il sé privato. Snyder definisce il self-monitoring come l'osservazione e il controllo del proprio comportamento e del proprio ruolo, status sociale; si tratta del meccanismo attraverso il quale le persone controllano il proprio comportamento allo scopo di apparire apprezzabili. Per fare ciò le persone si servono degli indizi, delle informazioni o delle richieste che le altre persone trasmettono, ma anche delle caratteristiche della situazioni in cui si trovano. In tal modo Snyder individuò due classi di individui: gli individui con un alto automonitoraggio (definibili anche come campo-dipendenti) sono caratterizzate da una spiccata sensibilità alle reazioni delle altre persone, dalla capacità di modellare il proprio comportamento in base alle diverse situazioni, dal costante controllo del proprio comportamento. Possono presentarsi diversamente a seconda delle situazioni sociali in cui si trovano e a seconda delle persone con cui sono. Vi può essere inoltre discrepanza tra la persona nelle situazioni sociali e la persona nell'ambito privato. Al contrario gli individui con minore automonitoraggio (definibili anche come campo-indipendenti) sono caratterizzate da una scarsa attenzione alle reazioni altrui, da un comportamento più costante e coerente attraverso le situazioni e da un minor controllo del proprio comportamento. In base alla sua teoria Snyder in seguito sviluppò anche un questionario atto proprio ad distinguere tra gli individui quelli che sono caratterizzati da un elevato automonitoraggio e quelli che invece non lo sono.

Questo strumento è stato elaborato da Mark Snyder (1974) e si tratta di un questionario autosomministrato, composto da 25 items. Per ogni item il soggetto deve dire se ciò che è scritto è vero per lui oppure se non lo rispecchia. Il punteggio totale dipende dalla corrispondenza tra le risposte date dal soggetto e quelle previste dalla teoria. Il massimo punteggio è di 25; la soglia di 12 differenzia coloro che hanno un basso livello di self-monitoring (o campo-indipendenti) da quelli con un alto livello di self-monitoring (o campo-dipendenti).

Il concetto di self-monitoring può essere espresso come l'abilità e il desiderio di regolare il proprio comportamento in situazioni sociali in risposta agli indizi e alle richieste della situazione.

#### *Questionario per l'Organizzazione di Significato Personale*

Si tratta di un questionario autosomministrato (Picardi et al., 2003) basato sulla teoria di Guidano dell'organizzazione del sé e della sua evoluzione nel tempo (si rimanda al capitolo 4). È composto da 68 item per ognuno dei quali è richiesto di attribuire un punteggio su una scala a cinque punti che, a seconda del contenuto dell'item, può essere una misura di accordo o una misura di frequenza. I 68 item sono suddivisibili in quattro scale da 17 item ciascuno e corrispondono alle quattro organizzazioni di significato personale. Lo scoring si effettua semplicemente sommando i punteggi degli item appartenenti alla stessa scala, ottenendo così un profilo del soggetto nelle quattro scale, che sono: organizzazione Fobica (Sé volitivo-controllante), organizzazione Ossessiva (Sé metodico-analizzatore), organizzazione Depressiva (Sé responsabile-riflessivo), organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (Sé duttile-fantasiOSO). Gli item sono formulati come affermazioni autodescrittive e fanno riferimento a episodi e situazioni della vita normale.

## **5.4 METODOLOGIA**

Al fine di poter essere analizzati ogni role-playing è stato sbobinato e diviso in turni con relativa scansione temporale (allegato IV).

### **5.4.1 Analisi dei colloqui tramite il Roter's Interaction Analysis System**

Ai fini di questa ricerca le 42 categorie del RIAS sono state raggruppate in 8 macrocategorie (Bensing e Dronker, 1992):

- *showing concern*: tutte le affermazioni che mostrano l'interesse del medico nei confronti del paziente, attraverso la rassicurazione o la manifestazione di interesse e preoccupazione (es. "*signora Rossi, mi dispiace che stia provando così tanto dolore*");
- *social behaviour*: tutte le affermazioni sulla vita personale, battute e frasi che sottolineano approvazione per ciò che il paziente dice o fa (es. "*le farà bene andare un po' al mare... ma mi raccomando non mi diventi un pesce*");

- *negative affective*: tutte le affermazioni di disapprovazione, critica, lamento e scetticismo, sia nei confronti del paziente che di altre persone non presenti durante la visita (es. “*signora, non è accettabile che non voglia sottoporsi alla terapia*”);
- *verbal attentiveness*: tutte le affermazioni che indicano accordo, che parafrasano e riflettono ciò che il paziente ha detto, che legittimano ed empatizzano con lo stato d’animo del paziente, che incoraggiano l’espressione delle emozioni del paziente e facilitano un atteggiamento cooperativo tra il medico e il paziente (es. “*posso capire quanto sta soffrendo*”);
- *direction*: tutte le affermazioni che rappresentano una spiegazione per il paziente di cosa accadrà durante la visita, o un orientamento verso gli argomenti principali della discussione; hanno lo scopo di orientare l’altra persona rispetto cosa accadrà durante la consultazione (es. “*adesso le spiego cosa dovrà fare*”);
- *question*: tutte le domande, sia aperte (es. “*cosa pensa di quello che le ho appena detto?*”);
- *information*: tutte le affermazioni che fanno riferimento alla malattia, al regime terapeutico, allo stile di vita (es. “*la gastroscopia è fondamentale per capire l’origine del suo male*”);
- *counselling*: tutte le affermazioni che hanno lo scopo di persuadere e cambiare il comportamento dell’altro, dal punto di vista medico, terapeutico, dello stile di vita e rispetto gli stati emotivi (es. “*signora, non può continuare a rifiutare le terapie*”);

Un’ulteriore categoria, non utilizzata nelle successive analisi di questa ricerca, chiamata “*untelligible*”, racchiude tutti quegli scambi che non possono essere classificati nella categorie precedenti

Le categorie “*social behaviour*” “*negative affective*” “*showing concern*” e “*verbal attentiveness*” sono considerate “affettive”, mentre “*information*”, “*counseling*”, “*question*”, “*direction*”, sono codificate “scambi strumentali”.

Dopo aver classificato in ciascun colloquio gli scambi del medico attraverso le categorie sopraelencate si è calcolato con quale frequenza ciascuna di esse fosse presente all’interno di ogni role-playing, applicando la seguente formula proporzionale:

$$N^{\circ} \text{utterances categoria} : N^{\circ} \text{totale utterances} = X : 100$$

così che X rappresenta la frequenza percentuale di ciascuna categoria.

Infine, seguendo l'approccio di Mead e Bower (2000), per verificare se i colloqui avessero un andamento prevalentemente strumentale o affettivo, si è calcolato il rapporto tra “*utterances affettive*” e “*utterances strumentali*”. Appartengono a un colloquio “**centrato sulla malattia**” (CM), quei role-playing il cui rapporto tra interazioni strumentali e affettive è inferiore a 0,49. Sono “**centrati sulla malattia e sul malato**”(CMM) quei colloqui il cui rapporto è superiore.

#### **5.4.2 Analisi dei colloqui tramite il Verona Network on Sequence Analysis**

Ogni colloquio è stato dunque diviso in unità di analisi, successivamente è stato calcolato la frequenza dei “concern” e dei “cue” esplicitati dal paziente e la tipologia di risposta del medico, ovvero se facilita l'esplorazione del vissuto emotivo del paziente (“apre”) piuttosto che ostacolarla (“chiude”). La somma delle categorie “apre”/”chiude” indica la totalità degli interventi del medico in risposta alle emozioni di disagio espresse dal paziente.

Si è calcolato con quale frequenza ciascuna categoria (“apre”/”chiude”) fosse presente all'interno di ogni *role playing*, applicando le seguenti formule proporzionali:

$$\text{N}^\circ \text{ “apre”}: \text{N}^\circ \text{ totale risposte medico} = X : 100;$$

e

$$\text{N}^\circ \text{ “chiude”}: \text{N}^\circ \text{ totale risposte medico} = X : 100$$

così che X rappresenta la frequenza percentuale di ciascuna categoria.

Non esistendo ancora una modalità condivisa di utilizzo dello strumento e la formazione minima alla relazione presente nei corsi di laurea in medicina, si è deciso, di considerare colloqui qualitativamente orientati in una direzione “patient centred”, quei role-playing all'interno dei quali almeno un intervento del medico permettesse l'approfondimento del vissuto emotivo del paziente.

Abbiamo così ottenuto 2 tipologie di colloqui:

- 1. colloqui con esplorazione emotiva (ES)**
- 2. colloqui senza esplorazione emotiva (NES)**

Dall'incrocio dei due gruppi rilevati dall'analisi attraverso il Roter's Interaction Analysis System e dei due ricavati dall'applicazione del Verona Network on Sequence Analysis, sono stati creati 4 sottogruppi:

<b>CM \ ES</b> Colloquio centrato sulla malattia con esplorazione emotiva	<b>CMM \ ES</b> Colloquio centrato sulla malattia e sul malato con esplorazione emotiva
<b>CM \ NES</b> Colloquio centrato sulla malattia senza esplorazione emotiva	<b>CMM \ NES</b> Colloquio centrato sulla malattia e sul malato senza esplorazione emotiva

Tabella 5.3 - Gruppi creati dall'incrocio del Rias e del Verona Network

La metodologia appena descritta è stata applicata sia sul campione generale costituito dai 29 role-playing che successivamente sul campione ristretto rappresentato da quei 21 role-playing i cui partecipanti si sono resi disponibili per la compilazione dei questionari.

### 5.4.3 Analisi dei questionari

#### *Questionario per l'organizzazione di significato personale (QSP)*

Tra gli item che costituiscono il QSP, questionario atto a rilevare le quattro organizzazioni di significato personale descritte dalla psicologia costruttivista (Rezzonico e Strepparava, 2004), sono state estratte quelle domande che fanno riferimento a dimensioni specifiche, che appaiono rilevanti all'interno del colloquio tra medico e paziente in quanto possono influenzarne l'andamento.

Gli item sono stati individuati attraverso una iniziale selezione di domande inerenti le dimensioni in oggetto e calcolando successivamente la loro correlazione interna attraverso l'alfa di Cronbach.

Le dimensioni individuate e i relativi item sono:

1. **sensibilità al giudizio dell'altro** – (item 4/8/11/12/18/23/24/68) → $\alpha=0,84$
2. **autocontrollo emotivo** – (item 43/46/48/49/55/58/65) → $\alpha=0,71$
3. **razionalità/ordine** – (item 16/41/52/62/67) → $\alpha=0,75$

#### *Interpersonal Reactivity Index*

L'empatia è stata calcolata prima in maniera globale e poi differenziata nelle quattro sottoscale individuate da Davis.

In linea con i precedenti lavori nel campo della medicina (Bellini et al. 2002; Shanafelt et al., 2005; Thomas et al., 2007), non è stata considerata la sottoscala “Fantasy”, poco rilevante all’interno di una consultazione medica.

Infine, i valori medi ottenuti dall’analisi dei questionari sono stati confrontati rispetto ai diversi stili comunicativi emersi dall’analisi dei colloqui con il RIAS e il Verona Network on Sequence Analysis.

I risultati ottenuti su variabili con una distribuzione normale, sono stati confrontati attraverso l’analisi della varianza (Anova test), quando viceversa le variabili non seguivano una distribuzione normale, i risultati sono stati analizzati attraverso il test non parametrico di Wilcoxon.

## 5.5 RISULTATI

### 5.5.1 Analisi dei role-playing

- *Analisi dei trascritti attraverso il RIAS: 29 role playing*

I trascritti dei 29 role-playing sono stati analizzati attraverso le categorie del Roter’s Interaction Analysis System, differenziate in “affettive”, più inerenti la persona (indicate dal colore azzurro) e in “strumentali”, centrate sulle malattie (indicate dal colore giallo) (tabella 5.4)

<b>Categorie RIAS utterances</b>	<b>Frequenza media</b>
Information	<b>40,70</b> (13,01-66,15; DS 15,03)
Verbal attentiveness	<b>13,37</b> (3,08-39,58; DS 7,18)
Showing concern	<b>12,22</b> (,00-42,31; DS 9,60)
Negative affect	<b>7,64</b> (,00-37,00; DS 10,11)
Question	<b>6,66</b> (,00-23,21; DS 6,30)
Social behaviour	<b>4,70</b> (,77-13,04; DS 2,98)
Counselling	<b>3,40</b> (,00-11,51; DS 3,89)
Direction	<b>1,83</b> (,00-12,07; V DS 3,55)

Tabella 5.4 - Distribuzione di frequenza delle categorie del RIAS nei 29 role-playing

Nel campione generale le categorie definite “affettive” e “strumentali” si distribuiscono in modo equo occupando rispettivamente il 38% e il 52,5% del colloquio. Il restante 9,5% è composto da interazioni non classificabili all’interno delle precedenti categorie e quindi escluse dall’analisi.

Mediamente circa il 40% dei colloqui analizzati è composto da affermazioni che rientrano nella categoria delle informazioni che il medico fornisce al paziente. Se a questo vengono aggiunti gli scambi riguardanti affermazioni psicosociali, ovvero social behaviour e verbal attentiveness, la percentuale sale a 65%. Le domande da parte del medico, utile strumento di indagine non solo dei sintomi riportati ma anche dell’eventuale stato d’animo del paziente occupano circa il 6% del totale del colloquio.

Le affermazioni di natura psicosociale occupano circa un terzo del colloquio, dimostrando una certa attitudine generale a considerare all’interno del colloquio non solo la malattia ma anche il malato da parte degli studenti in esame.

Facendo riferimento al campione in esame e alla particolare situazione analizzata (i corsi riguardano il rapporto medico-paziente e sono facoltativi) è auspicabile in futuro confrontare questi risultati con un gruppo di riferimento neutro, ovvero che non sceglie volontariamente di frequentare questi corsi.

*- Raggruppamento dei role-playing sulla base dell’attenzione alla persona e/o alla malattia*

I 29 colloqui analizzati tramite il RIAS sono stati suddivisi, come spiegato nel paragrafo 5.4.1, in due gruppi differenziando i colloqui centrati sulla sola malattia dai colloqui centrati sia sulla malattia che sulla persona.

<b>Tipologia colloqui</b>	<b>N° role-playing</b>
Centrato sulla malattia (CM)	11 (38%)
Centrato sulla malattia e sul malato (CMM)	18 (62%)
Totale	29 (100%)

Tabella 5.5 - Distribuzione di frequenza sulla base del rapporto tra interazioni strumentali \ affettive nei 29 role-playing

Il campione è lievemente sbilanciato verso colloqui che comprendono una percentuale significativa di interazioni che hanno per oggetto il malato oltre che la malattia.

*- Confronto tra CM e CMM rispetto alle categorie del RIAS*

I due gruppi sono stati confrontati rispetto alla frequenza delle diverse categorie del RIAS, “affettive” (colore azzurro) e “strumentali” (colore giallo), per far emergere le differenze nel modo di condurre i colloqui (tabella 5.6; tabella 5.7).

<b>Categorie RIAS utterances</b>	<b>Frequenza media</b>
Information	<b>31,93</b> (13,01-51,56; DS 10,35)
Showing concern	<b>15,72</b> (1,56-42,31; DS 10,33)
Verbal attentiveness	<b>15,69</b> (4,69-39,58; DS 7,37)
Negative affect	<b>10,77</b> (,00-37,00; DS 11,39)
Question	<b>6,57</b> (,00-21,54; DS 6,00)
Counselling	<b>4,54</b> (,00-11,51; DS 4,18)
Social Behaviour	<b>4,07</b> (,77-13,04; DS 2,64)
Direction	<b>2,61</b> (,00-12,07; DS 2,28)

Tabella 5.6 - Distribuzione di frequenza delle categorie del RIAS nel gruppo “Attenzione al malato e alla malattia” (CMM) nei 29 role-playing

<b>Categorie RIAS utterances</b>	<b>Frequenza media</b>
Information	<b>55,06</b> (40,30-66,15; DS 9,21)
Verbal attentiveness	<b>9,57</b> (3,08-20,90; DS 5,15)
Question	<b>6,79</b> (,00-23,21; DS 7,05)
Showing concern	<b>6,5</b> (,00-15,09; DS 4,33)
Social behaviour	<b>5,73</b> (1,43-12,50; DS 3,35)
Negative affect	<b>2,51</b> (,00-13,56; DS 4,32)
Counselling	<b>1,53</b> (,00-7,92; DS 2,55)
Direction	<b>0,56</b> (,00-3,96; DS 1,23)

Tabella 5.7 - Distribuzione di frequenza delle categorie del RIAS nel gruppo “Attenzione alla malattia” (CM) nei 29 role-playing

I due gruppi presentano come caratteristica comune un largo uso del comportamento legato al fornire informazioni al paziente ma mentre nel gruppo CM questo comportamento occupa poco più di metà del colloquio, nelle interazioni definite CMM lo spazio occupato dalle informazioni si riduce a poco meno di un terzo del totale. I colloqui CMM appaiono maggiormente bilanciati rispetto all'utilizzo congiunto di categorie aventi per oggetto la malattia (45,5%) e il malato (46%). Maggiormente sbilanciati appaiono al contrario i colloqui CM all'interno dei quali la malattia occupa più della metà del colloquio (63,7%), il malato poco meno di un quarto (24,2%). In entrambi i colloqui le domande occupano circa il 6%.

*- Distribuzione dei colloqui CM e CMM per anno di corso*

È stata calcolata la distribuzione di frequenza dei colloqui definiti CM (centrati sulla malattia) e CMM (centrati sulla malattia e sul malato) rispetto all'anno di corso frequentato (tabella 5.8).

	3°	4°	5°\ 6°	TOTALE
<b>CMM</b>	7 (39%)	4 (22%)	7 (39%)	18 (100%)
<b>CM</b>	3 (27%)	6 (55%)	2 (18%)	11 (100%)

Tabella 5.8 – Distribuzione di frequenza nei gruppi “Attenzione al malato e alla malattia” (CMM) e “Attenzione alla malattia” (CM) per anno di corso nei 29 role-playing

In generale il 3° anno di corso così come gli ultimi due anni sono caratterizzati da attenzione sia alla malattia che al malato. Il 4° anno si caratterizza per una flessione dell'attenzione verso la persona. Una possibile interpretazione di questo risultato potrebbe risiedere nell'apprendimento spontaneo e poco formalizzato di un atteggiamento maggiormente centrato sulla malattia durante l'esperienza di reparto.

*- Analisi dei trascritti attraverso il VNSA: 29 role playing*

I trascritti dei 29 role-playing sono stati analizzati successivamente attraverso il Verona Network on Sequence Analysis che qualifica le risposte dell'operatore sanitario al disagio emotivo espresso dal paziente sulla base della possibilità o impossibilità dell'esplorazione del disagio stesso.

Da un'analisi preliminare effettuata con una metodologia simile a quella utilizzata per il RIAS è emersa una netta difficoltà degli studenti di medicina a rilevare ed esplorare le emozioni del paziente. Il criterio utilizzato, ovvero la rilevazione e l'esplorazione di almeno un terzo dei vissuti emotivi presentati dal paziente, non si è rivelato utile nel differenziare gli studenti in quanto nessuno di loro avrebbe superato la soglia per poter attestare la presenza all'interno del colloquio di una esplorazione della dimensione emotiva.

Tale difficoltà è stata per lo più attribuita alla mancata formazione in un'area che appare specifica di altre discipline maggiormente legate alle scienze umane e non a quelle scientifiche, biologiche a cui è ancorata la medicina moderna.

Si è quindi deciso di utilizzare un criterio che tenesse in considerazione tale condizione formativa e di considerare presente la dimensione "esplorazione emotiva" laddove il medico, **almeno una volta all'interno del colloquio**, abbia rilevato un indizio emotivo e ne abbia favorito l'apertura, ovvero abbia dato la possibilità al paziente di esprimere in maniera più articolata il proprio vissuto.

Al contrario la dimensione "esplorazione emotiva" è stata considerata assente laddove i segnali emotivi siano stati sistematicamente non rilevati, o laddove rilevati, ignorati.

In questo modo è stato possibile distinguere tra un gruppo in cui l'esplorazione emotiva è totalmente assente (NES – 41,3%), da un gruppo in cui l'esplorazione emotiva è presente (ES – 58,7%), seppure in misura ridotta (tabella 5.9).

Tipologia colloqui	N° role-playing
Senza esplorazione emotiva (NES)	12 (41%)
Esplorazione emotiva (ES)	17 (59%)
Totale	29 (100%)

Tabella 5.9 - Distribuzione di frequenza sulla base dell'esplorazione emotiva nei 29 role-playing

È importante sottolineare come al di là della quantità di interazioni che riguardano il malato o la malattia rilevato attraverso il RIAS l'esplorazione del vissuto emotivo del paziente risulti essere più pregnante per la conduzione di un colloquio "patient centred" poichè rappresenta uno dei mattoni costitutivi fondamentali della relazione tra medico e paziente dal momento che permette a quest'ultimo di sentirsi ascoltato e capito anche

sul piano personale. Tale dimensione risulta dunque essere particolarmente rilevante nella conduzione di un colloquio “patient centred” anche all’interno di un colloquio centrato prevalentemente sulla malattia (CM).

*- Distribuzione dei colloqui ES e NES per anno di corso*

È stata calcolata la distribuzione di frequenza dei colloqui definiti ES (con esplorazione emotiva) e NES (senza esplorazione emotiva) rispetto all’anno di corso frequentato.

	3°	4°	5°\ 6°	TOTALE
<b>ES</b>	6 (35%)	7 (41%)	4 (24%)	17 (100%)
<b>NES</b>	4 (33%)	3 (25%)	5 (42%)	12 (100%)

Tabella 5.10 – Distribuzione di frequenza nei gruppi ‘Esplorazione emotiva’ (ES) e “Senza esplorazione emotiva” (NES) per anno di corso nei 29 role-playing

Emerge una diminuzione dell’esplorazione del disagio emotivo del paziente da parte degli studenti degli ultimi anni del corso di laurea coerentemente con la letteratura esaminata (Haidet, 2002; Ribeiro, 2007) che sottolinea una diminuzione dell’attenzione agli aspetti “patient centred” del colloquio nel corso degli anni.

*- Analisi dei trascritti attraverso l’incrocio tra il RIAS e il VNSA:29 role playing*

I trascritti dei 29 role-playing sono stati infine analizzati attraverso l’incrocio dei due strumenti precedentemente descritti.

Analizzando i role-playing lungo le due dimensioni individuate dal RIAS e dal Verona Network, ovvero, il maggiore o minor grado di presenza di attenzione a tematiche legate alla persona oltre che alla malattia e la maggiore o minore disponibilità e capacità di rilevare e rispondere in maniera funzionale a indizi emotivamente salienti emersi dal paziente è possibile suddividere il campione in 4 gruppi (tabella 5.11):

	<b>ES</b> (esplorazione emotiva)	<b>NES</b> (non esplorazione emotiva)	<b>TOTALE</b>
<b>CM</b> (colloquio malattia)	6 (21%)	5 (17%)	11 (38%)
<b>CMM</b> (colloquio malattia\malato)	11 (38%)	7 (24%)	18 (62%)
<b>TOTALE</b>	17 (59%)	12 (41%)	29 (100%)

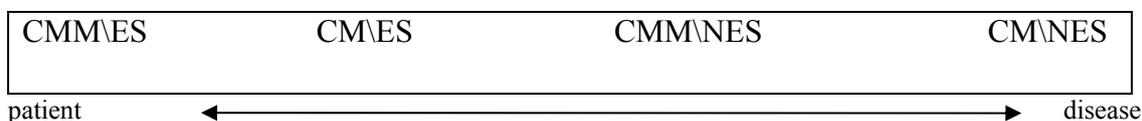
Tabella 5.11 – Distribuzione di frequenza nei gruppi incrociati nei 29 role-playing

La maggior parte dei colloqui (38%) rientra all'interno del gruppo CMM \ ES, ovvero dei colloqui considerati “patient centred” in quanto combinano le due dimensioni dell'attenzione alla persona, oltre che alla malattia, e l'esplorazione di almeno un vissuto emotivo del paziente.

I due gruppi definiti CMM \ NES e CM \ ES sono entrambi caratterizzati dalla presenza di almeno una delle due dimensioni ritenuti essenziali.

Il gruppo CM \ NES infine caratterizzato da colloqui “disease centred” è il meno numeroso occupando il 17% del campione generale.

Figura 5.1 - Rappresentazione grafica delle diverse tipologie di colloquio svolte rispetto alla centratura sul paziente.



- *Distribuzione di colloqui CMM\ES, CM\ES, CMM\NES, CM\NES per anno di corso*

Per ogni gruppo è stata calcolata la distribuzione di frequenza rispetto all'anno di corso frequentato.

	<b>3°</b>	<b>4°</b>	<b>5° \ 6°</b>	<b>TOTALE</b>
<b>CMM \ ES</b>	4 (36%)	4 (36%)	3 (28%)	11 (100%)
<b>CM \ ES</b>	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)	6 (100%)
<b>CMM \ NES</b>	3 (43%)	0 (0%)	4 (57%)	7 (100%)
<b>CM \ NES</b>	1 (20%)	3 (60%)	1 (20%)	5 (100%)

Tabella 5.12 - Distribuzione di frequenza dei gruppi incrociati rispetto all'anno di corso nei 29 role-playing

La maggior parte dei colloqui definiti “patient centred” si concentrano nel 3° e 4° anno. Gli ultimi 2 anni di corso sono caratterizzati da una maggiore attenzione agli aspetti di contenuto alla persona rispetto all’esplorazione dei vissuti. Il 4° anno si caratterizza anche per il maggior numero di colloqui “disease centred”.

Nella seconda parte della ricerca si analizzeranno i rapporti tra le dimensioni di personalità emerse dai questionari e i diversi modi di comunicare con i pazienti rilevati dal RIAS e da Verona Network. Il campione è ristretto ai 21 soggetti che si sono resi disponibili a compilare il protocollo di ricerca.

### 5.5.2 – Analisi dei protocolli di ricerca rispetto alla tipologia di colloqui svolti

*- Analisi dei trascritti attraverso il RIAS: 21 role-playing*

I trascritti dei 21 role-playing sono stati analizzati attraverso le categorie del Roter’s Interaction Analysis System, differenziando in categorie definite “affettive”, più inerenti la persona (indicate dal colore azzurro) dalle categorie “strumentali” maggiormente centrate sulla malattia (indicate dal colore giallo).

<b>Categorie RIAS utterances</b>	<b>Frequenza media</b>
Information	<b>45,75</b> (13,01-66,15; DS 13,92)
Verbal attentiveness	<b>13,02</b> (3,08-39,58; DS 8,15)
Showing concern	<b>10,42</b> (,00-35,94; DS 8,09)
Question	<b>6,70</b> (,00-23,21; DS 6,93)
Negative affect	<b>5,46</b> (,00-31,25; DS 8,89)
Social behaviour	<b>4,68</b> (1,43-12,50; DS 2,75)
Counselling	<b>2,75</b> (,00-11,51; DS 3,62)
Direction	<b>1,31</b> (,00-10,57; DS 2,61)

Tabella 5.13 - Distribuzione di frequenza delle categorie del RIAS nei 21 role-playing

Anche il campione ristretto coerentemente con l’analisi del totale dei role-playing si distribuisce con una percentuale di interazioni centrate sulla malattia che occupa il

56,5% del totale, mentre il restante 43,5% delle interazioni riguardano tematiche inerenti la persona.

*- Raggruppamento dei role-playing sulla base dell'attenzione alla persona e/o alla malattia*

I 21 colloqui analizzati tramite il RIAS sono stati suddivisi, come per il campione generale, in due gruppi differenziando i colloqui centrati sulla sola malattia dai colloqui centrati sia sulla malattia che sulla persona

<b>Tipologia colloqui</b>	<b>N° role-playing</b>
Centrato sulla malattia (CM)	11 (52%)
Centrato sulla malattia e sul malato (CMM)	10 (48%)
Totale	21 (100%)

Tabella 5.14 - Distribuzione di frequenza sulla base delle interazioni strumentali / affettive nei 21 role-playing

La distribuzione dei soggetti lungo le due dimensioni è sostanzialmente identica con una diminuzione dei soggetti CMM rispetto al campione generale.

*- Analisi dei trascritti attraverso il VNSA: 21 role playing*

Così come nel campione generale, anche sui 21 role-playing, sono state classificate le risposte dell'operatore sanitario sulla base o meno dell'indagine del disagio emotivo espresso dal paziente.

<b>Tipologia colloqui</b>	<b>N° role-playing</b>
Senza esplorazione emotiva (NES)	9 (43%)
Esplorazione emotiva (ES)	12 (57%)
Totale	21 (100%)

Tabella 5.15 - Distribuzione di frequenza sulla base dell'esplorazione emotiva nei 21 role-playing

Vengono rispettate le proporzioni del campione generale per quanto riguarda la consistenza dei due gruppi relativi alla presenza\assenza della dimensione dell'esplorazione emotiva.

- *Analisi dei trascritti attraverso l'incrocio tra il RIAS e il VNSA: 21 role playing*

I trascritti dei 21 role-playing sono stati analizzati incrociando i due strumenti come spiegato per il campione generale.

	<b>ES</b> <b>(esplorazione emotiva)</b>	<b>NES</b> <b>(non esplorazione emotiva)</b>	<b>TOTALE</b>
<b>CM</b> <b>(colloquio malattia)</b>	6 (28,5)	5 (23,5%)	11 (52%)
<b>CMM</b> <b>(colloquio malattia\malato)</b>	6 (28,5%)	4 (19,5%)	10 (48%)
<b>TOTALE</b>	12 (57%)	9 (43%)	21 (100%)

Tabella 5.16 – Distribuzione di frequenza nei gruppi incrociati nei 21 role-playing

Per quanto riguarda la consistenza dei gruppi relativa alle diverse tipologie di colloquio, ritroviamo una distribuzione simile a quella del campione generale. La nota rilevante risulta essere il decremento del gruppo CMM \ NES all'interno del quale rientrano interamente gli 8 soggetti che non si sono resi disponibili alla compilazione del protocollo di ricerca.

Di seguito verranno analizzati i rapporti tra le dimensioni individuali (empatia, stabilità comportamentale, atteggiamento verso la pratica medica e dimensioni di personalità) emerse dalla somministrazione dei questionari e la tipologia di colloquio svolto, come individuato dal RIAS (CM e CMM), dal VNSA (ES e NES) e dal loro incrocio (CMM \ ES, CM \ ES, CMM \ NES, CM \ NES).

- *EMPATIA: Interpersonal Reactivity Index (IRI)*

	<b>EMPATHIC CONCERN</b>	<b>PERSPECTIVE TAKING</b>	<b>PERSONAL DISTRESS</b>	<b>INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX</b>
<b>CMM</b>	Mean <b>17,9</b> Ds 1,28	Mean <b>18,8</b> Ds 1,36	Score Mean <b>10,9</b> ChiSquare 0,005	Mean <b>68,1</b> Ds 4,46
<b>CM</b>	Mean <b>19,36</b> Ds 1,22	Mean <b>16,18</b> Ds 1,36	Score mean <b>11,09</b> ChiSquare 0,005	Mean <b>63,81</b> Ds 4,25

Tabella 5.17 - Distribuzione punteggi delle sottoscale dell'Interpersonal Reactivity Index per i gruppi "Attenzione al malato" (CM) e "Attenzione al malato e alla malattia" (CMM)

Anche se le differenze tra i due gruppi non sono statisticamente significative, gli studenti che hanno effettuato colloqui bilanciati dal punto di vista dell'attenzione alla malattia e al malato presentano un livello di empatia generale più alto rispetto a quelli che conducono colloqui centrati sulla sola malattia. Il gruppo CMM sembra avere una maggiore capacità di cogliere il punto di vista dell'altro (perspective taking) e un minor grado di attivazione negativa davanti alla sofferenza altrui (personal distress), nonché un livello inferiore di compassione e preoccupazione per il malessere altrui (empathic concern).

	<b>EMPATHIC CONCERN</b>	<b>PERSPECTIVE TAKING</b>	<b>PERSONAL DISTRESS</b>	<b>INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX</b>
<b>ES</b>	Mean <b>19,75</b> Ds 1,13	Mean <b>18,75</b> Ds 1,22	Score Mean <b>11,37</b> ChiSquare 0,1037	Mean <b>69,42</b> Ds 3,93
<b>NES</b>	Mean <b>17,22</b> Ds 1,30	Mean <b>15,67</b> Ds 1,41	Score mean <b>10,50</b> ChiSquare 0,1037	Mean <b>61,11</b> Ds 4,54

Tabella 5.18 - Distribuzione punteggi delle sottoscale dell'Interpersonal Reactivity Index per i gruppi "Esplorazione emotiva" (ES) e "Senza esplorazione emotiva" (NES)

Rispetto all'esplorazione emotiva appaiono rilevanti, seppur non statisticamente significative, tutte le dimensioni dell'empatia prese in esame. Tutti e tre i costrutti, empathic concern, perspective taking e personal distress, sono più alti nel gruppo con esplorazione emotiva rispetto a quello senza esplorazione. Il livello di empatia globale è più elevato nel gruppo ES e rispetto a questa dimensione sono le componenti più strettamente emotive, empathic concern e personal distress, a differenziare il tipo di colloquio. Un valore alto in entrambe le dimensioni sembra, infatti, favorire la possibilità di esplorare l'emotività altrui.

	<b>EMPATHIC CONCERN</b>	<b>PERSPECTIVE TAKING</b>	<b>PERSONAL DISTRESS</b>	<b>INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX</b>
<b>CMM \ ES</b>	Mean <b>18,17</b> Ds 1,60	Mean <b>19,33</b> Ds 1,70	Score Mean <b>10,75</b> ChiSquare 0,3012	Mean <b>68,67</b> Ds 5,63
<b>CM \ ES</b>	Mean <b>21,33</b> Ds 1,60	Mean <b>18,17</b> Ds 1,36	Score Mean <b>12,00</b> ChiSquare 0,3012	Mean <b>70,16</b> Ds 5,63
<b>CMM \ NES</b>	Mean <b>17,5</b> Ds 1,95	Mean <b>18</b> Ds 2,09	Score mean <b>11,12</b> ChiSquare 0,3012	Mean <b>67,25</b> Ds 6,90
<b>CM \ NES</b>	Mean <b>17,00</b> Ds 1,75	Mean <b>13,8</b> Ds 1,87	Score mean <b>10,00</b> ChiSquare 0,3012	Mean <b>56,20</b> Ds 6,17

Tabella 5.19 - Distribuzione punteggi delle sottoscale dell'Interpersonal Reactivity Index per i gruppi incrociati

Il gruppo CMM \ ES che rappresenta al meglio un colloquio “patient centred” è caratterizzato da un più alto livello di perspective taking rispetto agli altri gruppi. In particolare si può notare come al decremento della componente cognitiva dell’empatia corrisponda uno spostamento della tipologia di colloquio verso una minore attenzione alla persona e ai suoi vissuti emotivi.

L’empathic concern risulta essere associato a una maggiore esplorazione emotiva più che alla presa in carico degli aspetti personali nel loro insieme (contesto familiare, aspettative del paziente). Il personal distress infine risulta basso nei gruppi CMM \ NES e CM \ NES collocandosi quindi ai due estremi lungo un continuum che va da un colloquio “patient centred” a un colloquio “disease centred”.

*- STABILITA' COMPORTAMENTALE: Self Monitoring Scale*

	<b>SELF MONITORING SCALE</b>
<b>CMM</b>	Mean <b>13,20</b> Ds 1,24
<b>CM</b>	Mean <b>13,18</b> Ds 1,18

Tabella 5.20 - Distribuzione punteggi del Self Monitoring Scale per i gruppi “Attenzione al malato” (CM) e “Attenzione al malato e alla malattia” (CMM)

Nessuna differenza emerge tra i due gruppi rilevati dal Self Monitoring Scale ovvero rispetto al cambiamento del proprio comportamento in funzione degli indizi provenienti dall’esterno.

	<b>SELF MONITORING SCALE *</b>
<b>ES</b>	Mean <b>11,67</b> Ds 0,99
<b>NES</b>	Mean <b>15,22</b> Ds 1,15

Tabella 5.21 - Distribuzione punteggi del Self Monitoring Scale per i gruppi “Esplorazione emotiva” (ES) e “Senza esplorazione emotiva” (NES)

La colonna indicata con un asterisco \* segnala una differenza statisticamente significativa (p=0,05)

Rispetto all’esplorazione emotiva il self monitoring appare significativamente diverso nei due gruppi: il gruppo ES appare caratterizzato da un basso self monitoring, ovvero

da una continuità comportamentale indipendente dal contesto, mentre il gruppo NES è caratterizzato da una tendenza a modulare il proprio comportamento rispetto all'altro.

	<b>SELF MONITORING SCALE</b>
<b>CMM \ ES</b>	Mean <b>11,83</b> Ds 1,49
<b>CM \ ES</b>	Mean <b>11,50</b> Ds 1,49
<b>CMM \ NES</b>	Mean <b>15,25</b> Ds 1,82
<b>CM \ NES</b>	Mean <b>15,20</b> Ds 1,63

Tabella 5.22 - Distribuzione punteggi del Self Monitoring Scale per i gruppi incrociati

Bassi punteggi alla dimensione “stabilità comportamentale” influenzano l’andamento dei colloqui, favorendo l’esplorazione del disagio emotivo portato dal paziente.

*- ATTEGGIAMENTO VERSO LA PRATICA MEDICA: Patient Practitioner Orientation Scale*

	<b>SHARING *</b>	<b>CARING</b>	<b>PATIENT- PRACTITIONER ORIENTATION SCALE *</b>
<b>CMM</b>	Mean <b>3,77</b> Ds 0,17	Score Mean <b>12,95</b> ChiSquare 1,92	Mean <b>4,21</b> Ds 0,14
<b>CM</b>	Mean <b>3,26</b> Ds 0,17	Score mean <b>9,22</b> ChiSquare 1,92	Mean <b>3,78</b> Ds 0,13

Tabella 5.23 – Distribuzione punteggi delle sottoscale del Patient Practitioner Orientation Scale per i gruppi “Attenzione al malato” (CM) e “Attenzione al malato e alla malattia” (CMM)  
La colonna indicata con asterisco \* segnala una differenza statisticamente significativa (p=0,05)

Particolarmente rilevanti sono le differenze nelle sottoscale caring e sharing, ovvero nell’atteggiamento del medico verso la cura della persona e la condivisione con essa delle informazioni. Nello specifico, l’importanza attribuita alla condivisione con il paziente degli aspetti della cura (sharing) favorisce un colloquio centrato sulla malattia e sul malato (CMM). La misura generale del Patient Practitioner Orientation Scale risulta significativamente differente nei 2 gruppi.

	<b>SHARING</b>	<b>CARING *</b>	<b>PATIENT- PRACTITIONER ORIENTATION SCALE *</b>
<b>ES</b>	Mean <b>3,71</b> Ds 0,16	Score Mean <b>13,75</b> ChiSquare 5,5945	Mean <b>4,20</b> Ds 0,11
<b>NES</b>	Mean <b>3,24</b> Ds 0,18	Score mean <b>7,33</b> ChiSquare 5,5945	Mean <b>3,69</b> Ds 0,13

Tabella 5.24 – Distribuzione punteggi delle sottoscale del Patient Practitioner Orientation Scale per i gruppi “Esplorazione emotiva” (ES) e “Senza esplorazione emotiva” (NES)

La colonna indicata con asterisco \* segnala una differenza statisticamente significativa (p=0,05)

Risulta statisticamente significativa per la presa in carico del malato oltre che degli aspetti di malattia (CMM), un atteggiamento che consideri questi aspetti parte integrante della pratica medica (caring).

Anche rispetto a questa tipologia di colloquio, risulta statisticamente significativa l'importanza attribuita agli aspetti relazionali con il paziente.

	<b>SHARING</b>	<b>CARING</b>	<b>PATIENT- PRACTITIONER ORIENTATION SCALE *</b>
<b>CMM \ ES</b>	Mean <b>3,97</b> Ds 0,21	Score Mean <b>14,83</b> ChiSquare 7,4490	Mean <b>4,36</b> Ds 0,15
<b>CM \ ES</b>	Mean <b>3,44</b> Ds 0,21	Score Mean <b>12,67</b> ChiSquare 7,4490	Mean <b>4,04</b> Ds 0,14
<b>CMM \ NES</b>	Mean <b>3,46</b> Ds 0,26	Score mean <b>10,12</b> ChiSquare 7,4490	Mean <b>3,97</b> Ds 0,18
<b>CM \ NES</b>	Mean <b>3,06</b> Ds 0,23	Score mean <b>5,1</b> ChiSquare 7,4490	Mean <b>3,47</b> Ds 0,16

Tabella 5.25 – Distribuzione punteggi per i gruppi incrociati

La colonna indicata con asterisco \* segnala una differenza statisticamente significativa (p=0,05)

Il punteggio globale al PPOS ricalca la scala qualitativa dei colloqui “patient centred” con un punteggio maggiore nel caso del gruppo CMM \ ES e punteggi sempre più bassi man mano che decresce il grado di centratura sul paziente fino a raggiungere il minimo nei colloqui CM \ NES qualificabili come “disease centred”. Lo stesso andamento è rilevabile nella sottoscale caring, mentre meno lineare risulta essere questo andamento nella sottoscala sharing per la quale comunque il punteggio maggiore corrisponde a colloqui “patient centred”.

- *DIMENSIONI DI PERSONALITA': Questionario sull'Organizzazione di Significato Personale*

	<b>CONTROLLO EMOTIVO</b>	<b>SENSIBILITA' GIUDIZIO</b>	<b>RAZIONALITA' \ LOGICA</b>
<b>CMM</b>	Score Mean <b>10,6</b> ChiSquare 0,081	Mean <b>3,21</b> Ds 0,21	Mean <b>3,44</b> Ds 0,16
<b>CM</b>	Score mean <b>11,36</b> ChiSquare 0,081	Mean <b>3,35</b> Ds 0,20	Mean <b>3,78</b> Ds 0,15

Tabella 5.26 - Distribuzione punteggi per le dimensioni del QSP: Controllo Emotivo, Sensibilità Giudizio, Razionalità\Logica nei gruppi "Attenzione al malato" (CM) – "Attenzione alla malattia e al malato" (CMM).

Rispetto alle caratteristiche di personalità prese in esame emerge una differenza rilevante nella dimensione "controllo emotivo", ovvero sulla minore necessità di mantenere il controllo sulle proprie reazioni emotive all'interno del colloquio che caratterizza il gruppo CMM.

	<b>CONTROLLO EMOTIVO</b>	<b>SENSIBILITA' GIUDIZIO</b>	<b>RAZIONALITA' / LOGICA</b>
<b>ES</b>	Score Mean <b>9,91</b> ChiSquare 0,8745	Mean <b>3,36</b> Ds 0,19	Mean <b>3,63</b> Ds 0,16
<b>NES</b>	Score mean <b>12,44</b> ChiSquare 0,8745	Mean <b>3,19</b> Ds 0,22	Mean <b>3,60</b> Ds 0,18

Tabella 5.26 - Distribuzione punteggi per le dimensioni del QSP: Controllo Emotivo, Sensibilità Giudizio, Razionalità\Logica nei gruppi "Esplorazione emotiva" (ES) e "Senza esplorazione emotiva" (NES)

Come per la tipologia di colloqui precedenti, il controllo emotivo sembra essere la dimensione che influisce sull'andamento dell'incontro con il paziente: bassi livelli caratterizzano il gruppo ES, viceversa punteggi più elevati caratterizzano il gruppo NES.

	<b>CONTROLLO EMOTIVO</b>	<b>SENSIBILITA' GIUDIZIO</b>	<b>RAZIONALITA' / LOGICA</b>
<b>CMM \ ES</b>	Score Mean <b>8,17</b> ChiSquare 2,4773	Mean <b>3,25</b> Ds 0,29	Mean <b>3,31</b> Ds 0,25
<b>CM \ ES</b>	Score Mean <b>11,66</b> ChiSquare 2,4773	Mean <b>3,46</b> Ds 0,29	Mean <b>3,95</b> Ds 0,20
<b>CMM \ NES</b>	Score mean <b>14,25</b> ChiSquare 2,4773	Mean <b>3,16</b> Ds 0,35	Mean <b>3,64</b> Ds 0,25
<b>CM \ NES</b>	Score mean <b>11,00</b> ChiSquare 2,4773	Mean <b>3,46</b> Ds 0,31	Mean <b>3,57</b> Ds 0,22

Tabella 5.27 - Distribuzione punteggi per le dimensioni del QSP: Controllo Emotivo, Sensibilità Giudizio, Razionalità\Logica nei gruppi incrociati

Un basso controllo emotivo, ovvero il grado di controllo sulle proprie emozioni da parte del medico appare essere caratteristico dei colloqui CMM \ES ovvero dei colloqui “patient centred”, mentre la sensibilità al giudizio appare essere caratteristica dei colloqui all’interno dei quali è presente l’attenzione alla persona. La dimensione dell’ordine e della razionalità non sembra avere un andamento caratteristico nei diversi gruppi.

## **5.6 DISCUSSIONE**

Rispetto alla prima domanda inerente alla ricerca ovvero alla verifica dell’ipotesi secondo la quale gli studenti di medicina dopo l’esperienza di reparto conducono colloqui maggiormente centrati sulla malattia e riconducibili a un modello “disease centred” rispetto ad un modello “patient centred” sono possibili diverse riflessioni.

Considerando un colloquio “patient centred” come caratterizzato da due dimensioni fondamentali: l’attenzione sia alla malattia che al malato per quanto riguarda il contenuto della comunicazione e l’esplorazione del vissuto emotivo del paziente per quanto riguarda la modalità relazionale, emerge come più di un terzo del campione analizzato (38%) abbia effettuato colloqui appartenenti alla categoria dei colloqui “patient centred”.

L’analisi effettuata rispetto all’anno di corso evidenzia come il quarto anno comprenda al proprio interno il massimo numero di colloqui centrati sulla malattia. Una possibile interpretazione di questo risultato è riconducibile al cosiddetto hidden curriculum (Lempp e Seale, 2004). L’entrare in contatto con l’ambiente ospedaliero, con dei referenti reali già al terzo anno di corso può contribuire a modificare quello che è l’atteggiamento iniziale dello studente rispetto al rapporto con il paziente. È possibile dunque che il quarto anno, corrispondente al secondo anno di tirocinio, evidenzi in maniera maggiore la fase di transizione che avviene a cavallo degli anni di tirocinio tra una pratica medica “immaginata” e una pratica medica “concreta” con un aumento dell’interesse per la malattia che tuttavia non interferisce con l’esplorazione emotiva.

Se il terzo anno è infatti caratterizzato da una forte attenzione alla persona oltre che alla malattia e all’esplorazione emotiva, il quarto pur mantenendo un alto grado di esplorazione emotiva riduce l’attenzione alla persona. Gli ultimi anni sono infine caratterizzati da una ripresa dell’attenzione alla persona e alla malattia e da un maggior bilanciamento dell’attenzione alla persona.

Questi risultati sono da considerarsi alla luce delle scelte metodologiche e di campionamento effettuate nella ricerca. Innanzitutto si è scelto, ai fini pratici, di considerare un livello minimo di esplorazione emotiva per poter creare dei gruppi di riferimento. Il criterio utilizzato, ovvero la presenza di almeno una esplorazione emotiva, pur permettendo di differenziare il grado di attenzione ai vissuti del paziente da parte di un gruppo di studenti, non può considerarsi esaustivo rispetto all'attenzione che la dimensione emotiva esercita all'interno del colloquio nella costruzione della relazione. Se è vero dunque che la presenza di una esplorazione emotiva, seppure ridotta, può essere considerata un prodromo alla costituzione di una buona relazione tra medico e paziente, criterio essenziale per la conduzione di un colloquio basato sui principi della medicina centrata sulla persona, bisogna anche considerare che tale esplorazione dovrebbe essere mantenuta nel corso della comunicazione e occupare un posto di rilievo lungo tutto il colloquio e non solo essere un momento isolato dello stesso.

Per quanto riguarda il campione bisogna considerare, inoltre, che gli studenti che hanno preso parte alla ricerca hanno volontariamente deciso di frequentare corsi elettivi che hanno per oggetto la comunicazione e la relazione tra medico e paziente. E' quindi lecito aspettarsi una certa tendenza o interesse per la dimensione relazionale della pratica medica che potrebbe aver influenzato lo svolgimento del colloquio. In futuro sarebbe dunque auspicabile innanzitutto aumentare il campione di riferimento e confrontare il gruppo che ha preso parte alla presente ricerca con un gruppo di controllo. La possibilità inoltre di lavorare su una metodologia formativa esperienziale, basata sullo sviluppo di una narrativa più articolata rispetto all'essere medico, dovrebbe essere oggetto di uno studio specifico per valutarne l'efficacia in termini di un aumentato grado di centratura sul paziente del colloquio medico.

Rispetto all'analisi delle diverse dimensioni di personalità in relazione alle varie tipologie di colloquio, sono emersi diversi aspetti.

**L'empatia** generale risulta legata alla conduzione di colloqui medici centrati sul paziente ma contrariamente alle ipotesi iniziali, non è il livello generale di empatia a essere collegato con un colloquio "patient centred". Entrambe le dimensioni correlate ad un colloquio centrato sulla persona, l'attenzione al malato e alla malattia e l'esplorazione emotiva, sono collegate a un livello più alto di empatia rispetto alle dimensioni caratteristiche di un colloquio centrato sulla malattia ovvero l'attenzione alla malattia e l'assenza di esplorazione emotiva.

Se però prendiamo in considerazione le diverse componenti prese in esame emerge come la dimensione più propriamente cognitiva dell'empatia, denominata perspective taking, sia maggiormente legate all'attenzione al malato e alla malattia, mentre le dimensioni più propriamente emotive, empathic concern e personal distress, siano maggiormente legate agli aspetti di esplorazione emotiva. Dall'analisi dei gruppi di riferimento emerge come la comprensione del punto di vista altrui sia essenziale per la conduzione di un colloquio centrato sul paziente.

La dimensione emotiva dell'empatia sembra invece funzionare meglio, in termini di centratura sul paziente, laddove è meglio regolata, ovvero quando ha valori intermedi. Valori troppo alti di empathic concern infatti non sembrano favorire l'attenzione alla persona mentre valori troppo bassi precludono l'esplorazione emotiva. Una possibile interpretazione del risultato riguarda la possibilità che l'empathic concern rappresenti un "sentire" l'altro che se non accompagnato da una adeguata regolazione \ modulazione cognitiva, indicata dal perspective taking, rischia di interferire con l'attenzione alla persona. Le dimensioni emotive e cognitive dell'empatia dunque agiscono in maniera differente sulle due componenti del colloquio. La capacità di sentire l'altro deve dunque essere presente per riconoscere e cogliere l'emotività, ma non deve essere troppo alta per non sconfinare in una possibile difficoltà relazionale che precluda l'andamento del rapporto.

**La flessibilità del proprio comportamento** sembra caratterizzare i colloqui in cui è assente l'esplorazione emotiva, se consideriamo che questa misura è solitamente associata a un maggiore rischio di sviluppare ansia sociale, appare evidente come la dipendenza dal contesto esterno per la regolazione del proprio modo di presentarsi e apparire può risultare un ostacolo all'esplorazione emotiva nei termini di una maggiore fatica e un maggior rischio di dover modificare il proprio agire laddove emerga un vissuto del paziente. Al contrario la coerenza del proprio comportamento aumenta la possibilità di esplorare l'emozione altrui nel momento in cui non comporta un cambio di atteggiamento in corso ma un semplice approfondimento della tematica trattata. I colloqui centrati sul paziente sono di conseguenza caratterizzati da una maggiore stabilità del comportamento del medico. Il poter contare su un'immagine di sé stabile e coerente attraverso le situazioni può dunque essere considerato, seppure con le limitazioni del presente studio, un fattore favorente a dare attenzione al malato e ai suoi vissuti.

**L'atteggiamento verso la pratica medica e verso i suoi aspetti relazionali** è sicuramente l'elemento che meglio caratterizza i colloqui centrati sul paziente. Sia il valore generale della dimensione dell'atteggiamento verso la relazione con il paziente sia le sottoscale inerenti il prendersi cura della persona e il condividere le informazioni e le decisioni con il paziente sono caratteristiche di colloqui "patient centred" e sono positivamente correlate all'attenzione alla persona e all'esplorazione emotiva. Appare chiaro dai risultati come la rappresentazione del medico del proprio operato in termini relazionali, sia una componente irrinunciabile allo svolgimento di un colloquio "patient centred". I valori di questa dimensione si muovono seguendo il grado di centratura sul paziente essendo più elevati nei colloqui con entrambe le dimensioni per decresce man mano che ci si avvicina a colloqui caratteristici del modello "disease centred".

Per quanto riguarda infine le **dimensioni di personalità** prese in esame, il bisogno di controllo emotivo appare legato a colloqui "disease centred". Questa dimensione, caratteristica di un'organizzazione di personalità di tipo volitivo controllante, è caratteristica della tendenza ad esercitare un controllo sulla relazione in modo da renderla sicura, controllabile e in quanto tale gestibile. Laddove questo controllo viene meno, è possibile che subentrino modalità rigide di controllo della situazione attivate dalla paura di perdere il controllo di sé. Un alto livello di controllo emotivo quindi risulta poco compatibile con l'esplorazione della componente emotiva del colloquio e più in generale con un colloquio "patient centred".

La stabilità del comportamento e dell'immagine di sé, unitamente ad una empatia che incorpori un livello di emotività gestibile attraverso la cognizione, una rappresentazione del proprio operato anche in termini sociali e un basso grado di controllo sulla situazione appaiono dunque come i fattori maggiormente rilevanti nello svolgimento di un colloquio "patient centred".

Considerando le diverse dimensioni non tanto come "skills" da apprendere ma come "attitudes" da sviluppare è possibile incrementare i valori in oggetto attraverso una maggiore formazione che abbia per oggetto i vissuti legati alla propria persona, come nel caso dell'empatia, della stabilità comportamentale e della necessità di controllare l'ambiente in modo da renderlo sicuro, e dei vissuti personali legati al proprio ruolo di medico, come nel caso dell'atteggiamento verso la relazione in ambito medico.

Entrambi i poli vertono su una formazione esperienziale che permetta un maggiore riconoscimento e una maggiore gestione delle proprie modalità di regolare l'emotività e l'immagine di sé raggiungibili appunto attraverso corsi con specifici strumenti narrativi.

Tale obiettivo formativo potrebbe essere raggiunto attraverso una migliore regolazione emotiva o come viene definito da Guidano (1988; 1992) attraverso una maggiore capacità di “framing” inteso come: “ la capacità di "fare trama", cioè la capacità di elaborare trame, dove trama è quella che oggi viene definita come narrativa.

Con l'espressione "mettere l'esperienza in sequenza" si intende dire che queste sequenze formano una storia unitaria e articolata, che è appunto quello che definisce l'aspetto narrativo dell'esperienza umana. C'è un rapporto fra capacità di "framing" e la "regolazione affettiva". Queste vanno in parallelo, in generale significa che maggiore è la capacità di elaborare una trama narrativa maggiormente articolata, più le oscillazioni sottostanti saranno contenute, saranno oscillazioni che non sorpasseranno una soglia. Viceversa maggiormente la narrativa sarà rigida, poco articolata, più si noteranno oscillazioni che vanno oltre le capacità di controllo dell'individuo.

Lavorare sulla narrativa degli studenti potrebbe quindi rappresentare uno strumento d'elezione per lo sviluppo delle competenze e delle abilità essenziali per operare come professionisti nell'ambito della medicina centrata sulla persona.

## CONCLUSIONI

La crisi del modello biologico ha messo in luce i punti deboli di una medicina che dopo aver raggiunto risultati eccezionali ha finito per restare imbrigliata nei propri successi, pagando così il prezzo di un ricorso massiccio alla scienza che ha portato, nel corso del tempo, a un progressivo allontanamento dall'iniziale oggetto di studio: la persona.

La sempre maggiore parcellizzazione del processo di cura ha intaccato il rapporto tra medico e paziente finendo per delegare quest'ultimo al semplice ruolo di portatore di malattia. Le grandi aspettative che hanno fatto seguito ai successi della seconda metà del secolo scorso, hanno creato l'illusione di una medicina senza limiti. La massiccia penetrazione della scienza medica nella vita sociale ha inoltre favorito la fruizione dei servizi medici a una fetta di popolazione enorme tanto che secondo il *New England Medical Journal* si sta verificando un fenomeno di estinzione dell'uomo sano (Welch, 2005).

Sala (2008) sottolinea come la presenza sempre più numerosa di soggetti sani nel circuito sanitario ha portato alla creazione di nuove categorie mediche come i pre-malati, sulla base delle categorie di rischio, i forse-malati sulla base della predisposizione genetica, i sani-preoccupati sull'onda di un prevenzione sempre più efficiente.

Il recupero di un modello basato sulla persona intende innanzitutto ricucire lo strappo venutosi a creare tra la figura del medico inteso come esperto di malattia e di persone, e il paziente inteso come soggetto la cui malattia rivela di sé più di quanto non venga oggi considerato.

La necessità di un nuovo modello teorico e pratico si lega alla necessità di migliorare lo strumento della comunicazione e della relazione con il paziente e in questo senso il cambiamento investe in modo inevitabile l'ambito della formazione degli studenti di medicina.

La necessità di sviluppare metodologie formative adeguate al contesto e al periodo storico di riferimento si allaccia alla necessità di individuare con sempre maggiore chiarezza gli oggetti di apprendimento sia sul versante più propriamente tecnico e mnemonico sia sul versante personale \ esperienziale, in modo da garantire una formazione completa sotto ogni punto di vista.

Il colloquio medico come momento di incontro tra due o più persone, coinvolge infatti il medico sia sul piano professionale, laddove sia chiamato a svolgere il proprio lavoro di professionista della salute e della malattia, che sul piano personale, laddove il ruolo di medico espone la persona, nonostante la “copertura” del camice a un continuo confronto con la sofferenza, la paura e il dolore di un proprio simile capace di attivare emozioni personali poco conosciute e quindi, almeno inizialmente, poco gestibili.

Le difficoltà di regolazione delle proprie dimensioni emotive possono sfociare in colloqui clinici carenti sul piano relazionale e più in generale possono condurre a impedimenti significativi nella costruzione di un percorso di cura condiviso con il paziente.

La persona dunque, prima che il medico diventa l’oggetto privilegiato della formazione sul versante emotivo. Già Balint (1961), circa mezzo secolo fa, suggeriva una formazione personale basata su tecniche psicoterapeutiche per i medici di medicina generale, i più esposti a contatti relazionali prolungati con diverse tipologie di pazienti.

Da quanto emerso dal presente studio emerge come la capacità di modulare le proprie attivazioni emotive, unitamente a una sorta di consapevolezza cognitiva dell’altro, consente una maggiore libertà di confrontarsi con il paziente come persona con idee, credenze e aspettative diverse dalle proprie e crea al contempo le condizioni per esplorarne il vissuto emotivo.

La consapevolezza di sé dunque, declinata sul versante di una maggiore consapevolezza del proprio modo di “sentire” l’altro e di rapportarsi a lui, diventa in questo senso strumento essenziale per poter raggiungere quelle capacità comunicative e relazionali che sono alla base della medicina centrata sul paziente.

## BIBLIOGRAFIA

- ANGELETTI L., 1992, *Storia della medicina e bioetica*, Etas Libri
- ARCIERO G., GUIDANO V., 2000, *Experience, explanation, and the quest for coherence. In: Neimeyer R.A., Raskin J.D. (eds), Construction of Disorder. Meaning-Making frameworks for psychotherapy*, APA Books, Washington DC, 91-118
- ARMOCIDA G., ZANOBIO B., 1997, *Storia della medicina*, Masson Elsevier, Milano
- BALINT M., 1961, *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano
- BELLINI L.M., BAIME M., SHEA J.A., 2002, *Variation of mood and empathy during internship*, JAMA, 287, 3143 - 3146
- BARA B.G., 2005, *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Volume primo: teoria*, Bollati Boringhieri, Torino
- BEACH M.C., ROTER D.L., WANG N.Y., DUGGAN P.S., COOPER L.A., *are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors?* Patient Education and Counselling, 62, 3, 347-354
- BECKMAN H.B., FRANKEL R.M., 1984, *The effect of physician behavior on the collection data*, Annals of Internal Medicine, 101, pp. 692 – 696
- BECKMAN H.B., FRANKEL R.M., 1994, *The use of videotape in internal medicine training*, Journal of General Internal Medicine, 9, pp. 517 – 521
- BENBASSAT J., BAUMAL R., 2005, *Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches*, Academic Medicine, 80, 156 – 161
- BENBASSAT J., BAUMAL R., 2001, *Teaching doctor patient interviewing skills using an integrated learner and teacher centered approach*, American Journal of Medical Science, 57, 322 – 349
- BENSING J.M., DRONKERS J., 1992, *Instrumental and affective aspects of physician behavior*, Medical Care, 30, 282 - 298
- BOWLBY J., 1972, *Attaccamento e perdita, vol. 1*, Bollati Boringhieri, Torino
- BOWLBY J., 1975, *Attaccamento e perdita, vol. 2*, Bollati Boringhieri, Torino
- BOWLBY J., 1983, *Attaccamento e perdita, vol. 3*, Bollati Boringhieri, Torino
- BROWN J.B., STEWART M., MCCRACKEN E.C., MCWHINNEY I.R., LEVENSTEIN J.H., 1986, *The patient-centred clinical method. 2. Definition and application*, Family Practice, 3, 2, pp. 75 - 79

- BUTLER N.M., CAMPION P.D., COX A.D., 1992, *Exploration of the doctor patient agendas in general practice consultation*, Social Science and Medicine, 35, pp. 1145 – 1155
- CAPRANICO S., 1997, *Role-playing. Manuale a uso di formatori e insegnanti*, Raffaello Cortina, Milano
- CATTORINI P., 2000, *Bioetica, metodi ed elementi di base per affrontare problemi clinici*, Masson Elsevier, Milano
- CEGALA D.J., BROZ S.L., 2002, *Physician communication skills training: a review of theoretical background, objectives and skills*, Medical Education 36, 11, 1004 - 1016
- CHARON R., 2001, *A model for empathy, reflection, profession and trust*, JAMA, 286, 15, 1897 - 1902
- COHEN COLE A.S., 1991, *The medical interview, the Three Function Approach*, Mosby-Year Book Inc, St. Luis
- CONRAD P., 1992, *Medicalization and Social Control*, Annual Review of Sociology, 18, 209 - 232
- CORBELLINI G., 2004, *Breve storia delle idee e di salute e malattia*, Carocci, Roma
- COSMACINI G., 2003, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*. Laterza, Bari
- COSMACINI G., 2007, *La religiosità della medicina. Dall'antichità ad oggi*, Laterza
- DAVIS M.H., 1983, *Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach*, Journal of Personality and Social Psychology, 44, 1, 113 – 126
- DAVIS, M.H., 1994, *Empathy: A social psychological approach*, Westview Press, Colorado
- DEL PICCOLOL., GOSS C., ZIMMERMANN C., 2005, *The third meeting of the Verona Network on Sequence Analysis. Finding common grounds in defining patient cues and concerns and the appropriateness of provider response*, Patient Education and Counselling, 57, 241 - 244
- ENGEL G.L., 1977, *The need for a new medical model, a challenge for biomedicine*, Science, 196, 129 - 136
- ENGEL G.L., 1980, *The clinical application of the biopsichosocial model*, American Journal of Psychiatry, 137, 535 – 544

- EPSTEIN R.M., CABELL T.L., COHEN COLE A.S., MCWHINNEY I.R., SMILKSTEIN G., 1993, *Perspective on patient doctor communication*, Journal of Family Practice, 37, 377 - 388
- ERAKER S.A., KIRSCHT J.P., BECKER M.H., 1984, *Understanding and improving patient compliance*, Annals of Internal Medicine, 100, 258 - 268
- FABREGA H., 1975, *The need for an ethnomedical science*, Science, 189, 969 - 675
- FREIDSON E., 2002, *La dominanza medica. Le basi sociali delle malattie e delle istituzioni sociali*, Franco Angeli, Milano
- HAIDET P., DANIS J.E., PATERNITI D.A., HECHTEL L., CHANG T., TSENG E., ROGERS J.C., 2002, *Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship*, Medical Education, 36, 568 - 574
- HAFFERT F.W., FRANKS R., 1998, *The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education*, Academic Medicine, 69, 11, 861 - 871
- HOJAT M., GONNELLA J.S., NASCA T.J., MANGIONE S., VERGARE M., MAGEE M., 2002, *Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender specialità*, American Journal of Psychiatry, 159, 1563 - 1569
- HOJAT M., MANGIONE S., NASCA T.J., RATTNER S., ERDMANN J.B., GONNELLA J.S., MAGEE M., 2004, *An empirical study of decline in empathy in medical school*, Medical Education, 38, 9, 934 - 941
- ILLICH I., 1977, *Nemesi Medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano
- JAIMOVICH S., 1999, *How medical students view their relationship with patients: the role of private and public self consciousness*, Journal of Social Psychology, 139, 5 - 13
- JASPERS K., 1964, *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico,
- JASPERS K., 1991, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina
- JONASSEN D.H., 1994, *Thinking technology. Towards a constructivist design model*, Educational Technology, 34, 5 - 14
- KIM S.S., KAPLOWITZ S., JOHNSTON M.V., 2004, *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*, Evaluation & the Health Professions, 27, 3, 237-251
- KRUPAT E, YEAGER CM, PUTNAM S. ,2000, *Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction*, Psychology & Health, 15, 707 - 719
- KRUPAT E, BELL RA, KRAVITZ RL, THOM D, AZARI R., 2001, *When physicians and patients think alike: Patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust*, Journal of Family Practice, 50, 1057 - 1062

- KRUPAT E, HSU J, IRISH J, SCHMITTDIEL JA, SELBY J. ,2004, *Matching patients and practitioners based on beliefs about care: Results of a randomized controlled trial*”, American Journal of Managed Care, 10, 814 – 822
- GADAMER H.G., 1994, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano
- GAUDIO E., 2007, *Il core curriculum: una sfida applicativa*, Medicina e Chirurgia, 37, 47 - 56
- GERRARD T.J., RIDDELL J.D., 1988, *Difficult patients: black holes and secrets*. British Medical Journal, 297, 530-532
- GROVES J.E., 1978, *Taking care of the hateful patient*, The New England Journal of Medicine, 298, 883 - 887
- GUIDANO V.F., 1988, *La complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino
- GUIDANO V.F., 1992, *Il Sé nel suo divenire*, Bollati Boringhieri, Torino
- GUIDANO V.F., LIOTTI G., 1983, *Cognitive process and emotional disorders*, Guilford, New York
- HALL J.A, ROTER D.L., KATZ N.R., 1988, *Meta – analysis of correlates of provider behavior in medical encounter*. Medical Care, 26, 657 – 675
- INUI T.S., CARTER W.B., KUKUL W.A., 1982, *Outcomebased doctor-patient interaction analysis II. Identifying effective provider and patient behavior*, Medical Care, 22, 654 - 661
- LEMPP H., SEALE C., 2004, *The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students’ perception of teaching*, BMJ, 329, 2, 770 – 773
- LEVENSTEIN J.H., MCCRACKEN E.C., MCWHINNEY I.R., STEWART M., BROWN J.B., 1986, *The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*, Family practice, 3, 1, 24 - 30
- LIPKIN M., PUTNAM S., LAZARE A., (a cura di), 1995, *The Medical Interview*, Springer Verlag, New York
- MAKOUL G., SCHOFIELD T., 1999, *Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement*, Patient Education and Counselling, 37, 2, 191 - 195
- MCWHINNEY I.R., 1989, *The need for a transformed clinical method*. In: STEWART M., ROTER D. (a cura di), *Communicating with medical patient*, Sage Publication, London, 25 – 40

- MCWHINNEY I.R., 1993, *Why we need a new clinical method*, Family Practice, 11, 3-7
- MCWHINNEY I.R., 1997, *A textbook of Family Medicine*, Oxford University Press, Oxford
- MEAD N., BOWER P., 2000, *Patient centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. Social Science and Medicine, 51, 1087-1100
- MACCANI U., 2007, *Storia della medicina*, Selecta
- MATURANA H., VARELA F., 1987, *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano
- MOJA E., VEGNI E., 2000, *La vista medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano
- MOSER F., GENOVESE A., 2005, *La dimensione relazionale in psicoterapia cognitiva*, Curcu & Genovese
- ONG L.M., DEHAES J.C., HOOS A.M., LAMMES F.B., 1995, *Doctor-patient communication, a review of the literature*. Social Science and Medicine, 40, pp. 502-509
- NEIMEYER R.A., 2000, *Narrative disruption in the construction of self*. In: In: Neimeyer R.A., Raskin J.D. (eds), *Construction of Disorder. Meaning-Making frameworks for psychotherapy*, APA Books, Washington DC, 207-242
- NOBLE L.M., 1998, *Doctor-patient communication and adherence to treatment*. In: MYERS L.B., MIDENCE K., *Adherence to treatment in medical conditions*, Academic Publisher, Harwood
- NIGHTTINGALE S.D., YAROLD P.R., GREENBERG M.S., 1991, *Sympathy, empathy and physician resource utilization*, Journal of General Internal Medicine, 6, 5, 420 – 423
- PICARDI A., MANNINO G., ARCIERO G., GAETANO P., PILLERI M.S., ARDUINI L., VISTARINI L., REDA M.A., 2003, *Costruzione e validazione del QSP, uno strumento per la valutazione dello stile di personalità secondo la teoria delle "Organizzazioni di Significato Personale"*, Rivista di Psichiatria, 38, 13 - 34
- REDA M., 1986, *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci, Roma
- REZZONICO G., STREPPARAVA M.G., 2004, *"Percorsi di nascita del mondo del Sé: i sogni nelle diverse organizzazioni di significato personale"* in *Sogni e psicoterapia. L'uso del materiale onirico in psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino
- RIBEIRO MM, KRUPAT E, AMARAL CF., 2007, *Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care*, Medical Teacher, 1 – 5

- ROST K., ROTER D., 1987, *Predictors of recall of medication regimens and recommendations for lifestyle change in elderly patients*, Gerontologist, 27, 111 - 123
- ROTER D.L., HALL J.A., KATZ N.R., 1987, *Relation between physicians' behavior and analogue patients' satisfaction, recall, and impression*, Medical Care, 25, 437 – 451
- ROTER D., 2000, *The enduring and evolving nature of the patient – physician relationship*, Patient Education and Counseling, 39, 5 - 15
- ROTER D., LARSON S., 2002, *The roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions*, Patient Educational Counselling 46, 243 - 252
- SAFRAN D.G., TAIRA D.A., ROGERS V.H., KOSINSKI M., WARE J.E., TARLOV A.R., 1998, *Linking primary care performance to outcomes of care*. Journal of Family Practice, 47, 213 - 220
- SALA G., 2008, *Medicina e Psicologia tra potere e impotenza*, Franco Angeli, Milano
- SCHIRMER J.M., MAUKSCH L., LANG F., MARVEL K., ZOPPI K., EPSTEIN R.M., BROCK D., PRYZBYLSKI M., 2005, *Assessing communication competence: a review of current tools*, Family Medicine, 37, 3, 184 – 192
- SHANAFELT T.D., WEST C., ZHAO X., NOVOTNY P., KOLARS J., HABERMANN T., SLOAN J., 2005, *Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine resident*, Journal of General Internal Medicine, 20, 559 - 564
- SHORTER E., 1986, *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano
- SMITH R.C., HOPPE R.B., 1991, *The patient story integrating the patient –and physician centred approaches to interviewing*, Annals of Internal Medicine, 115, 470 - 476
- SMITH R.C., MARSHALL D., LYLES J., FRANKEL R.M., 1999, *Teaching self-awareness enhances learning about patient-centred interviewing*, Academic Medicine, 74, 1242 – 1248
- SMITH R.C., DWAMENA F.C., FORTIN A.H., 2005, *Teaching personal awareness*, Journal of General Internal Medicine, 20, 201 – 207
- SNYDER M., 1974, *Self monitoring of expressive behavior*, Journal of Personality and Social Psychology, 30, 526 - 537

- SOMMARUGA M., 2005, *Comunicare con il paziente. La consapevolezza nella professione infermieristica*, Carocci Editore, Roma
- SPINSANTI S., 2007, *Le Medical Humanities nella formazione del medico*, Tutor, 8, 3, 142 - 150
- STEWART M.A., MCWHINNEY I.R., BUCK C.W., 1979, *The doctor patient relationship and its effect upon outcome*, Journal of the Royal College of General Practitioner, 29, 77 – 82
- STEWART M.A., 1984, *What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes*, Social Science and Medicine, 2, 167 – 175
- STEWART M., BROWN J.B., LEVENSTEIN J.H., MCCRACKEN E.C., MCWHINNEY I.R., 1986, *The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training*, Family Practice, 3, 3, 164 – 167
- STEWART M., WESTON W.W., 1995, Introduction. In STEWART M., BROWN J.B., WESTON W.W., MCWHINNEY I.R., MCWILLIAM C.L., FREEMAN T.R., (a cura di), *Patient Centred Medicine, Transforming the Clinical Method*, Sage Publications, London
- STREPPARAVA M.G., 2006, *La conoscenza di sé come strumento di intervento. In: Disabilità, integrazione e formazione degli insegnanti. Esperienze e riflessioni*. ALBANESE O. (a cura di), Junior Edizioni, Bergamo, 207 - 234
- SUCHMAN A.L., MATTHEWS D.A., 1988, *What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care*. Annals of Internal Medicine, 108, pp. 125 - 130
- TATARELLI R., DE PISA E., GIRARDI P., 1998, *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, Franco Angeli
- THOMAS M.R., DYRBYE L.N., HUNTINGTON J.L., LAWSON K.L., NOVOTNY P.J., SLOAN J.A., SHANAFELT T.D., 2007, *How distress and well being relate to medical student empathy? A multicentric study*, Journal of General Internal Medicine, 22, 177 - 183
- VEGETTI M., 1976, *Ippocrate, Opere*, UTET, Torino
- VETTORE L., 1996, *Guida all'applicazione del nuovo ordinamento didattico*, Il Lavoro Editoriale, Milano
- VETTORE L., 2005, *Si possono apprendere le Medical Humanities?*, Medicina e Chirurgia, 27, 78 - 90

- VIRZÌ A., 2007, *La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo*, Franco Angeli, Milano
- WEIMER W.B., 1977, *A conceptual framework for cognitive psychology: motor theories of the mind*, *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 24, 2, 225 – 232
- WESTON W.W., BROWN J.B., 1995, *Overview of the patient-centred clinical method*, London Press, London
- WOLRAICH M.L., ALBANESE M., STONE G., 1986, *Medical communication behavior system: an interaction analysis system for medical interaction*, *Medical Care*, 24, 678 – 688
- YEDIDIA M.J., GILLESPIE C.C., KACHUR E., SCHWARTZ M.D., LIPKIN M., 2003, *Effect of communications training on medical student performance*, *JAMA*, 290, 9, 1157 – 1165

## **ALLEGATO I**

Esempio di caso utilizzato nei role-playing

## **CASO: GASTROSCOPIA**

**Medico:** è il medico di base.

Il paziente XXX gli si presenta per un dolore bruciante nella parte centro superiore dell'addome soprattutto nei 30-60 minuti successivi ai pasti; è un dolore intermittente, descritto come senso di indolenzimento, pressione, pesantezza. Nell'ultima settimana a questi sintomi si sono accompagnati episodi di nausea, vomito e mancanza di appetito.

Il medico propone una gastroscopia con anestesia locale. Per rendere più facile il passaggio dell'endoscopio e ridurre al minimo il fastidio, si potrà spruzzare un anestetico locale nella gola oppure gli si potrà chiedere di effettuare dei gargarismi con un liquido che contiene anestetico.

Il medico deve comunicare al paziente l'esame a cui dovrà sottoporsi per capire le cause del disturbo.

**Paziente:**

XXX Si presenta dal medico di base per un dolore bruciante nella parte centro superiore dell'addome soprattutto nei 30-60 minuti successivi ai pasti; è un dolore intermittente, descritto come senso di indolenzimento, pressione, pesantezza. Nell'ultima settimana a questi sintomi si sono accompagnati episodi di nausea, vomito e mancanza di appetito.

Nel momento in cui il medico comunicherà l'esame a cui dovrà sottoporsi, il paziente si mostrerà in totale disaccordo per la paura di soffocare e proporrà esami alternativi.

## **ALLEGATO II**

Protocollo di ricerca

# COMUNICAZIONE E RELAZIONE MEDICO – PAZIENTE

## PROTOCOLLO DI RICERCA

**MULTIMEDIA HEALTH COMMUNICATION LABORATORY**

Università degli Studi Milano-Bicocca

Via Pergolesi, 33 - 20052 Monza (MI)

Tel. 0264488174

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di studente della Facoltà di  
Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca

**DA'**

la propria autorizzazione ai membri del Multimedia Health Communication Laboratory (MHCL) a  
utilizzare i dati forniti per fini didattici e di ricerca secondo la vigente legge sulla privacy e,

**S'IMPEGNA**

1. A utilizzare e non divulgare il materiale fornito dal Multimedia Health Communication Laboratory (MHCL) senza autorizzazione
2. A restituire il materiale di ricerca e i dati raccolti sia in forma cartacea che in formato elettronico o digitale.

In fede

Monza,

**MULTIMEDIA HEALTH COMMUNICATION LABORATORY**

Università degli Studi Milano-Bicocca  
Via Pergolesi, 33 - 20052 Monza (MI)  
Tel. 0264488174



## INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX Indice di Reattività Interpersonale di MH Davis

Versione italiana di Stefano Caracciolo e Maria Grazia Strepparava, 2007



### Istruzioni

Le frasi che seguono descrivono pensieri e sentimenti in diverse situazioni. Indichi per ogni affermazione quanto essa La descrive, segnando con una crocetta la lettera che corrisponde (da A = Non mi descrive bene a E = Mi descrive molto bene).

Grazie della collaborazione.

	Non mi descrive bene				Mi descrive molto bene
1. Sogno a occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, su quello che potrebbe succedermi	A	B	C	D	E
2. Ho spesso pensieri teneri e di coinvolgimento per persone meno fortunate di me	A	B	C	D	E
3. A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista del prossimo	A	B	C	D	E
4. Mi capita di provare dispiacere per altre persone che stanno affrontando dei problemi	A	B	C	D	E
5. Mi sento davvero coinvolto nelle sensazioni dei personaggi di un romanzo	A	B	C	D	E
6. Nelle situazioni di emergenza mi sento in apprensione e a disagio	A	B	C	D	E
7. Quando guardo un film o sono a teatro di solito sono oggettivo e non sono spesso del tutto coinvolto	A	B	C	D	E
8. In un disaccordo, cerco di capire il punto di vista di tutti prima di prendere una decisione	A	B	C	D	E
9. Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, mi sento un po' protettivo nei suoi confronti	A	B	C	D	E
10. A volte mi sento indifeso quando sono in mezzo a una situazione emotiva molto coinvolgente	A	B	C	D	E
11. A volte cerco di capire meglio i miei amici immaginando come appaiono le cose dalla loro prospettiva	A	B	C	D	E
12. Mi risulta abbastanza difficile essere estremamente coinvolto in un bel libro o in un bel film	A	B	C	D	E
13. Quando vedo qualcuno farsi male, tendo a rimanere calmo	A	B	C	D	E
14. Le disgrazie degli altri di solito non mi disturbano un gran che	A	B	C	D	E
15. Se sono sicuro di avere ragione su qualcosa non butto via tempo ad ascoltare	A	B	C	D	E

ragioni di altre persone					
16. Dopo aver visto uno spettacolo o un film, mi sono sentito come se fossi uno dei personaggi	A	B	C	D	E
17. Essere in una situazione emotiva di tensione mi spaventa	A	B	C	D	E
18. Quando vedo maltrattare qualcuno, certe volte provo una gran compassione	A	B	C	D	E
19. Di solito funziono bene nell'affrontare le emergenze	A	B	C	D	E
20. Sono davvero impressionato dalle cose che vedo succedere	A	B	C	D	E
21. Credo che in ogni questione ci siano due punti di vista e cerco di tener conto di entrambi	A	B	C	D	E
22. Mi potrei descrivere come una persona dal cuore tenero	A	B	C	D	E
23. Quando guardo un bel film, posso molto facilmente mettermi nei panni di uno dei protagonisti	A	B	C	D	E
24. Tendo a perdere il controllo durante le emergenze	A	B	C	D	E
25. Quando qualcuno mi dà sui nervi, in genere cerco di mettermi nei suoi panni per un attimo	A	B	C	D	E
26. Quando sto leggendo una storia o un romanzo, immagino come mi sentirei io se le vicende della storia stessero capitando a me	A	B	C	D	E
27. Quando vedo qualcuno che ha disperatamente bisogno di aiuto, mi sento a pezzi	A	B	C	D	E
28. Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare come mi sentirei io se fossi al suo posto	A	B	C	D	E

Copyright: Mark H. Davis, 1980

Versione italiana e adattamento di Stefano Caracciolo e Maria Grazia Strepparava  
© Università di Ferrara e Università di Milano – Bicocca, 2007



## SELF-MONITORING SCALE

(© Mark Snyder, 1974);

Versione italiana e adattamento di Stefano Caracciolo e Maria Grazia Strepparava,  
Università degli Studi di Ferrara e Università di Milano – Bicocca, 2007)



### Istruzioni

Le affermazioni riportate qui sotto riguardano le sue reazioni personali in diverse situazioni. Ciascuna affermazione è differente dalle altre, per cui legga ogni affermazione con attenzione prima di rispondere. Se un'affermazione è VERA o QUASI SEMPRE VERA per Lei, faccia un cerchio sulla "V" di fianco alla domanda. Se un'affermazione è FALSA o QUASI SEMPRE FALSA per Lei, faccia un cerchio sulla "F" di fianco alla domanda.

1. Trovo difficile imitare il comportamento delle altre persone	V	F
2. Il mio comportamento di solito è espressione dei miei veri sentimenti, atteggiamenti e principi interiori	V	F
3. Nelle feste e negli incontri in società, non cerco di fare o dire cose che gli altri possano apprezzare	V	F
4. Nelle discussioni, riesco a scaldarmi solo per idee di cui ho già una convinzione chiara	V	F
5. Riesco a parlare in pubblico improvvisando anche sugli argomenti di cui non ho quasi informazioni	V	F
6. Ritengo di fare un po' di commedia per impressionare o intrattenere la gente	V	F
7. Quando sono incerto/a su come comportarmi in una certa situazione in società, guardo il comportamento degli altri per avere spunti	V	F
8. Potrei essere una brava attrice/un bravo attore	V	F
9. Cerco raramente consiglio dagli amici per scegliere film, libri o musica	V	F
10. Certe volte agli altri sembra che io stia provando emozioni più profonde di quelle che provo realmente	V	F
11. Rido di più quando guardo una scena comica in compagnia che quando sono da sola/o	V	F
12. In un gruppo mi metto raramente al centro dell'attenzione	V	F
13. In situazioni differenti e con persone diverse, mi capita spesso di comportarmi in modi molto diversi	V	F
14. Non sono particolarmente abile nel farmi apprezzare dagli altri	V	F
15. Spesso faccio finta di divertirmi, anche quando non è vero	V	F
16. Non sempre sono la persona che sembro	V	F
17. Non cambierei le mie opinioni (o il mio modo di fare) allo scopo di piacere a qualcuno o a guadagnarli la sua benevolenza	V	F
18. Ho considerato l'idea di entrare nello spettacolo	V	F
19. Per andare d'accordo ed essere apprezzato/a, tendo a essere come le persone si aspettano che io sia	V	F
20. Non sono mai stato bravo/a nei giochi in cui si deve indovinare o improvvisare scenette	V	F
21. Ho difficoltà a modulare il mio comportamento per adattarmi alle diverse persone e situazioni	V	F
22. In una festa, lascio che siano gli altri a intrattenere con battute e storielle	V	F
23. Mi sento un po' in imbarazzo in pubblico e non faccio bella figura come dovrei	V	F
24. Sono in grado di guardare negli occhi chiunque e raccontare una bugia con una gran faccia tosta (se c'è un buon motivo)	V	F
25. Posso imbrogliare le persone mostrandomi amichevole anche se mi danno veramente fastidio	V	F

## PPOS

### Patient-Practitioner Orientation Scale – Krupart E.

Traduzione e adattamento in lingua italiana a cura del Prof. Paolo Gritti ©

Dipartimento di Psichiatria – Facoltà di Medicina e Chirurgia – Seconda Università degli Studi di Napoli

Le affermazioni che seguono si riferiscono alle opinioni che le persone posso avere riguardo i medici, i pazienti e l'assistenza medica. Legga ogni affermazione e metta una croce sulla casella che indica **quanto lei concorda o non concorda con ciascuna di esse**.

	Disaccordo Totale	Disaccordo Moderato	Disaccordo Lieve	Accordo Lieve	Accordo Moderato	Accordo Totale
1. È il medico che dovrebbe decidere di cosa parlare durante la visita						
2. Il prezzo da pagare per i progressi della medicina è una scarsa attenzione al paziente come persona						
3. La parte più importante della visita medica è l'esame fisico						
4. Spesso per i pazienti è meglio non ricevere una spiegazione completa della loro condizione medica						
5. I pazienti dovrebbero fidarsi della competenza dei loro medici e non credere di capire da soli qualcosa della loro condizione di malattia						
6. Quando i medici fanno molte domande sulla vita del paziente si impicciano troppo di questioni personali						
7. Se i medici sono davvero bravi nella diagnosi e nella terapia il modo in cui si comportano con il paziente non è importante						
8. Molti pazienti continuano a fare domande anche se non hanno altre informazioni da ricevere						
9. I pazienti dovrebbero essere trattati come se fossero alleati dei medici, eguali come prestigio e condizione sociale						
10. In generale i pazienti vogliono rassicurazione piuttosto che informazioni sulla loro salute						
11. Se la sincerità ed il calore umano sono i principali strumenti del medico egli non avrà un gran successo						
12. Quando i pazienti non sono d'accordo con il loro medico questo è un segno che egli non si è						

gudagnato la loro stima ed il loro rispetto						
13. Un programma di cura non può avere successo se entra in conflitto con lo stile di vita e i valori del paziente						
14. Molti pazienti vogliono entrare e uscire dallo studio medico il più in fretta possibile						
15. Il paziente deve essere sempre consapevole che le decisioni sulla cura spettano solo al medico						
16. Non è importante conoscere la storia e la cultura del paziente per curare la sua malattia						
17. L'ironia è un ingrediente importante nella cura del paziente						
18. Quando il paziente cerca informazioni mediche per conto suo questo crea confusione più che soluzioni						

## **Questionario per la valutazione dell'organizzazione di significato personale (QSP)**

### **Riferimenti bibliografici:**

Picardi A., Mannino G.: Le "organizzazioni di significato personale": verso una validazione empirica. *Rivista di Psichiatria*, 2001, vol.36, pag. 224-233.

Picardi A., Mannino G., Arciero G., Gaetano P., Pilleri M.F., Arduini L., Vistarini L., Reda M.A.: Costruzione e validazione del QSP, uno strumento per la valutazione dello stile di personalità secondo la teoria delle "organizzazioni di significato personale". *Rivista di Psichiatria*, 2003, vol.38, pag. 13-34.

### **Istruzioni per la compilazione**

Le domande seguenti riguardano le sue esperienze di vita e la sua personalità. Nel rispondere, **tenga presente il suo modo generale di essere e di sentire**, e non soltanto le situazioni di vita del momento. Per favore, risponda alle domande indicando con una crocetta la casella che descrive meglio come lei è, o che illustra meglio ciò che tipicamente le accade, oppure che indica quanto spesso lei si sente in un certo modo o ha determinati pensieri.

#### **1. So riconoscere i pericoli e le persone delle quali posso fidarmi.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

#### **2. Essere indispensabile per qualcuno mi fa sentire importante.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

#### **3. Mi accade di fantasticare e sognare ad occhi aperti.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

#### **4. Di fronte a un incremento di responsabilità, tendo a sentirmi sotto esame.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

#### **5. È importante per me sapere in ogni momento dove si trova il mio partner.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

#### **6. Sono una persona che si fida più della logica che dell'intuizione.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

#### **7. Mi succede di pensare che la solitudine sia la condizione normale dell'esistenza.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

#### **8. Se vengo disapprovato o criticato, mi sento estremamente a disagio.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

#### **9. Detesto sentirmi vincolato.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**10. Quando non ottengo subito un risultato, mi scoraggio.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**11. Mi sforzo di capire ciò che gli altri pensano di me.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**12. Ho sempre sentito le aspettative degli altri nei miei confronti.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**13. Non ho difficoltà a farmi voler bene.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**14. Prima di potermi coinvolgere sentimentalmente con qualcuno, ho bisogno di essere assolutamente certo del mio interesse, e del fatto che sia la persona giusta per me.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**15. Si può provare rabbia verso qualcuno solamente per ragioni molto valide.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**16. Nella vita è fondamentale mantenere il controllo sulle proprie emozioni.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**17. Mi è capitato di pensare che le persone alle quali sono legato avrebbero avuto una vita migliore se non si fossero imbattute in me.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**18. Ho bisogno di non sentirmi giudicato per potermi coinvolgere davvero con qualcuno.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**19. Quando mi sono trovato in difficoltà, mi sono accorto di non poter contare sull'aiuto degli altri.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**20. Mi è capitato di pensare che è meglio star soli piuttosto che andare incontro alle inevitabili e continue delusioni che ogni relazione comporta.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**21. Non sopporto di essere controllato dal mio partner.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**22. Parlare in pubblico mi suscita un forte imbarazzo.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**23. Sento la vita come un continuo esame.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**24. Ho spesso paura che il mio punto di vista venga messo in crisi dagli altri.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**25. In ultima analisi, sono io il responsabile delle cose spiacevoli che mi sono accadute.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**26. L'esistenza è comunque sempre uno sforzo.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**27. Penso che una persona forte non debba provare paura quando è lontana dalle persone care.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**28. Ho difficoltà a dire esplicitamente di no a qualcuno.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**29. Non riesco a prendere decisioni e ad agire se non ho delle certezze sulle quali fondarmi.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**30. Al di là dei miei effettivi meriti, sento che ogni successo da me ottenuto è stato fondamentalmente dovuto al caso.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**31. Per prendere una decisione, si deve essere assolutamente certi che sia la decisione giusta.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**32. Comprendo le persone che bevono per lenire la propria sofferenza.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**33. Penso sia necessario avere grande cura del proprio corpo per mantenerlo forte e sano.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**34. Non mi dà grande soddisfazione ottenere un buon risultato senza sforzo.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**35. Mi è capitato di sforzarmi al momento di intraprendere attività piacevoli.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**36. Ho sempre il timore che gli altri ne sappiano più di me.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**37. In qualsiasi situazione, ho bisogno di sentire di poterne uscire fuori o tornare indietro in ogni momento.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**38. Preferirei coprimi di ridicolo piuttosto che mancare al mio dovere.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**39. Affezionandomi a qualcuno, ho subito pensato alla sua possibile perdita.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**40. Posso capire chi beve prima di affrontare situazioni in cui rischia una brutta figura.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**41. Penso che bisogna stare attenti al rischio di perdere il controllo quando ci si coinvolge emotivamente.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**42. Mi è accaduto di avere la sensazione di dover lottare per evitare un destino di solitudine.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**43. Impiego molto tempo a prendere le decisioni, ma una volta stabilito il da farsi agisco senza più indugiare.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**44. Meritarsi l'affetto degli altri costa un tale sforzo che, pur essendone capace, mi chiedo se ne valga la pena.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**45. Mi è successo di sentirmi condannato ad un destino di solitudine e di esclusione.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**46. Esistono dei principi invariabili ai quali bisogna sempre attenersi.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**47. In un ambiente nuovo, è fondamentale saper individuare le persone in grado di fornire aiuto o protezione in caso di necessità.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**48. Penso che sia sempre possibile, se ci si impegna, distinguere chiaramente ciò che è giusto da ciò che è sbagliato.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**49. Determinare un evento è una grossa responsabilità.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**50. In seguito alla rottura di un legame sentimentale, mi è capitato di essere assorbito per lungo tempo dal dubbio di non aver fatto davvero tutto il possibile per non far soffrire l'altra persona.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**51. Penso che sia meglio perdere la propria dignità che la propria salute.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**52. Sono una persona pratica, che bada ai fatti.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**53. Non ho particolari problemi con le altre persone sul piano sociale o lavorativo, ma sento difficile richiamarne l'attenzione sul piano affettivo.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**54. Sono cosciente di essere una persona valida e capace, e a causa di questo mi accade di sentirmi diverso dagli altri.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**55. Avverto la responsabilità di dovermi comportare equamente.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**56. Penso che evitare di affezionarsi ad un'altra persona sia un buon modo per evitare di soffrire.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**57. Mostro fin da subito i miei lati negativi alle persone che si interessano a me sul piano affettivo.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**58. Secondo me, esiste un ordine nelle cose che è essenziale comprendere.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**59. Preferisco rimandare una decisione piuttosto che prenderla senza esserne del tutto certo.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**60. Mi è capitato di ripensare a situazioni nelle quali avevo il dubbio di non essermi comportato in modo equo, cercando a lungo di analizzare l'accaduto e le mie responsabilità.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

**61. È fondamentale per me avere la possibilità di mettermi in contatto con le persone care in qualsiasi momento.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**62. Una persona imperturbabile è senz'altro una persona forte.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**63. La gelosia del mio partner mi fa sentire una persona di valore.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**64. Troppo spesso mi sembra di cambiare opinione in seguito a discorsi o discussioni con altre persone.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**65. Ho grande fiducia nella razionalità e nella logica.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**66. Essere soli significa soprattutto non avere nessuno che ti possa soccorrere in caso di necessità.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**67. È fondamentale per me mantenere sempre il controllo di me stesso e delle situazioni.**

1	2	3	4	5
<i>Completamente falso per me</i>	<i>Prevalentemente falso per me</i>	<i>Né vero né falso per me</i>	<i>Prevalentemente vero per me</i>	<i>Completamente vero per me</i>

**68. Mi è capitato di ripensare a lungo a situazioni nelle quali avevo fatto una brutta figura, vedendomi incapace e inadeguato.**

1	2	3	4	5
<i>Mai</i>	<i>Raramente</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Spesso</i>	<i>Sempre</i>

## **ALLEGATO III**

Categorie del Roter's Interaction Analysis System

<b>CATEGORIE RIAS</b> <i>(Roter, 1989, 2006)</i>	<b>SPIEGAZIONE</b> <i>(Roter, 2006)</i>
<b>COMPORAMENTI SOCIO EMOTIVI</b>	
Personal remarks, social conversation	Saluti iniziali e finali; argomenti sociali non direttamente connessi alla salute del paziente.
Laughs, tells jokes	Interventi che hanno lo scopo di intrattenere e far sorridere l'altra persona.
Shows concern or worry	Espressioni che mostrano preoccupazione per lo stato d'animo dell'altro.
Reassures, encourages or shows optimism	Espressioni che indicano ottimismo, incoraggiamento e rassicurazione.
Shows approval - direct	Complimenti, approvazione, gratitudine, ringraziamenti e rispetto verso le persone presenti al colloquio.
Gives compliment - general	Complimenti, approvazione, gratitudine, ringraziamenti e rispetto verso le persone non presenti al colloquio.
Shows disapproval - direct	Disapprovazione, critiche e proteste nei confronti di persone presenti al colloquio.
Shows criticism - general	Disapprovazione, critiche e proteste nei confronti di persone non presenti al colloquio.
Shows agreement or understanding	Espressioni che mostrano all'altra persona di aver capito e di essere d'accordo con ciò che ha dichiarato.
Back-channel responses (Physician only)	Espressioni, che sono indice di interesse, attenzione e che incoraggiano il paziente ad esprimersi senza interromperlo.
Empathy statements	Espressioni che indicano l'aver capito e riconosciuto lo stato emotivo delle persone partecipanti al colloquio.
Legitimizing statements	Espressioni che legittimano lo stato emotivo dell'altra persona presente al colloquio.
Partnership statements (Physician only)	Affermazioni da parte del medico circa la propria disponibilità a collaborare con il paziente per prendere decisioni e nell'applicazione delle terapie.
Self-disclosure statements (Physician only)	Frase del medico circa proprie esperienze personali su argomenti di particolare importanza emotiva per il paziente.
Asks for reassurance	Richiesta di rassicurazione e incoraggiamento.
<b>COMPORAMENTI TECNICO STRUMENTALI</b>	
Transition words	Frammenti di discorso che indicano il passaggio ad un altro argomento.
Gives orientation, instructions	Espressioni che specificano cosa accadrà durante la visita o il colloquio.
Paraphrase/Checks for understanding	Espressioni che permettono di riflettere, chiarire e chiedere chiarificazioni su ciò che è stato appena detto dall'altra persona.
Asks for understanding	Domande per capire se è stato compreso ciò che è stato detto.
Bid for repetition	Richiesta di ripetizione di frasi, non sentite chiaramente per difficoltà percettive.
Asks for opinion (Physician only)	Domande utilizzate per chiedere l'opinione, il punto di vista, il giudizio, le preferenze del paziente in relazione alla diagnosi e alla terapia proposta.
Asks for permission (Physician only)	Domande utilizzate per chiedere il permesso di dare altre informazioni o procedere.
Asks closed-ended questions-Medical condition	Domande che richiedono una risposta specifica circa le condizioni mediche, la diagnosi, test ed esiti passati, la storia medica personale e familiare.
Asks closed-ended questions-Therapeutic regimen	Domande che richiedono una risposta specifica circa il piano terapeutico, i trattamenti, i test, gli appuntamenti futuri o da attuare nell'immediato.
Asks closed-ended questions-Lifestyle	Domande che richiedono una risposta specifica circa lo stile di vita ( fumo, dieta...), famiglia e lavoro.
Asks closed-ended questions-Psychosocial	Domande che richiedono una risposta specifica circa i propri interessi, valori e problemi psicosociali, credenze.

Asks closed-ended questions-Other	Domande che richiedono una risposta specifica circa argomenti non direttamente correlati alla condizione medica del paziente.
Asks open-ended questions-Medical condition	Domande che richiedono una risposta non specifica circa le condizioni mediche, la diagnosi, test ed esiti passati, la storia medica personale e familiare.
Asks open-ended questions-Therapeutic regimen	Domande che richiedono una risposta non specifica non specifica circa il piano terapeutico, i trattamenti, i test, gli appuntamenti futuri o da attuare nell'immediato.
Asks open-ended questions-Lifestyle	Domande che richiedono una risposta non specifica circa lo stile di vita ( fumo, dieta...), famiglia e lavoro.
Asks open-ended questions- Psychosocial	Domande che richiedono una risposta non specifica circa i propri interessi, valori e problemi psicosociali, credenze.
Asks open-ended questions-Other	Domande che richiedono una risposta non specifica circa argomenti non direttamente correlati con la condizione medica del paziente.
Gives information-Medical condition	Informazioni circa le condizioni mediche, la diagnosi, test ed esiti passati, la storia medica personale e familiare.
Gives information-Therapeutic regimen	Informazioni circa il piano terapeutico, i trattamenti, i test, gli appuntamenti futuri o da attuare nell'immediato.
Gives information-Lifestyle	Informazioni circa lo stile di vita ( fumo, dieta...), famiglia e lavoro.
Gives information- Psychosocial	Informazioni circa i propri interessi, valori e problemi psicosociali, credenze.
Gives information-Other	Informazioni strettamente burocratiche.
Counsels-Medical condition/Therapeutic regimen (Physician only)	Espressioni che mirano a suggerire, persuadere, influenzare, dirigere e cambiare il comportamento altrui circa argomenti medici e terapie.
Counsels- Lifestyle/Psychosocial (Physician only)	Espressioni che mirano a suggerire, persuadere, influenzare, dirigere e cambiare il comportamento altrui circa lo stile di vita e le concezioni psicosociali.
Requests for services (Patient only)	Richieste di servizi, trattamenti, test, terapie.
Unintelligible utterances,	Espressioni non categorizzabili.

## **ALLEGATO IV**

Esempio di sbobinatura di un colloquio

r1.06		
Scambio	Tempo	Testo
1	0-2 sec.	M; Salve, buongiorno, piacere, come sta?
2	2-5 sec.	P; Bene, insomma ( <i>prego si sieda</i> ) così
3	5-6 sec.	M; Così: cosa succede?
4	6-17 sec.	P; Eeee hooo questi dolori fortissimi allo stomaco ee nell'ultima settimana ancheee nauseaaa, [vomitoo]
5	17-19 sec.	M; Come? Quante volte ha vomitato?
6	19-23 sec.	P; Eeee insomaaaa (.) tutti i giorni.
7	23-26 sec.	M; Tutti i giorni; dopo mangiato?
8	26-35 sec.	P; Sì, soprattutto i dolori più forti (.) negli ultimi diciamo nell'ora successiva i [pasti]
9	34-35 sec.	M; Dopo mangiato, e vomita?
10	35-36 sec.	P; Sì.
11	36-38 sec.	M; Da quanto da da quanto tempo?
12	38-44 sec.	P; Eeee i dolori sono iniziati prima mmm adesso nnn non non ricordo di [preciso]
13	44-46 sec.	M; Febbre? Ha avuto febbre?
14	46-47 sec.	P; Febbre mmm no.
15	47-50 sec.	M; E com'è il dolore, mi descriva bene questo dolore.
16	50-58 sec.	P; E il dolore è forte (3) proprio forte (1) (cioè) proprio bruciore (2)
17	1-1,02 min.	M; E dopo che ha vomitato passa. (1)
18	1,03-1,07 min.	P; Dopo che ho vomitato sì (.) però (1) insomma.
19	1,07-1,09 min.	M; Rimane un po' preoccupata
20	1,09-1,10 min.	P; Eee sì ((ridono))
21	1,10-1,53 min.	M; Bè eee ( <i>insomma</i> ) (.) dunque ci sono un po' di cose che io posso pensare così vedendo solo il dolore però per saper meglio quello che potrebbe esserci così vedendo quello che mi racconta (.) potrebbe esserci qualcosa a livello dello stomaco tipo un'ulcera che vuol dire che è una parte dello stomaco che si apre e potrebbe sanguinare (.) ee a contatto con il cibo poi brucia e quindi fa male però questo non lo possiamo sapere se non andiamo a vedere direttamente quello che c'è (mmm) (.) e quindi ci sarebbe da fare un esame perché dall'esterno è difficile vedere queste cose (1) eee e quindi l'esame è la gastroscopia ha mai sentito parlare?
22	1,53-1,55 min.	P; Tipo [sì]
23	1,54-1,56 min.	M; Qualcuno che l'ha fatta? (1)
24	1,57-2,01 min.	P; No qualcuno che l'ha fatta no però ho sentito sì sentita sì.
25	2,01-2,03 min.	M; Cioè, ha idea di come si fa una gastroscopia?
26	2,03-2,06 min.	P; Il (.) tubicino (.) [infilato]
27	2,06-2,20 min.	M; Esattamente, non è piacevole ma non è una cosa terribile (.) io ( <i>no però</i> ) avrei bisogno di vedere i risultati di questo per sapere bene perché se no le prescrivono una medicina che magari (.) non serve a nulla (1) [comunque]
28	2,20-2,26 min.	P; Sì si si ma l'idea di questo (.) tubicino (.) [nella gola]
29	2,25-3,04 min.	M; Dunque (.) glielo spiego bene così almeno è più chiaro (.) dunque si tratta di un tubo con la telecamera (.) in fondo ( <i>si</i> ) (.) per cui si mette un anestetico locale, si possono fare (.) dipende poi dall'anestesista, dall'endoscopista, ci sono diversi modi (.) di solito là al San Gerardo le fanno (1) cioè i pazienti si è fastidioso è fastidioso però nessuno è tornato traumatizzato (.) dunque si fa un'anestesia locale, si fa passare questo tubo con la telecamera in fondo e si fa vedere cosa c'è in fondo non l'addormentano completamente (.) però si fa un'anestesia locale per cui è fastidioso ma non è doloroso non è una cosa (.) terribilissima.
30	3,04-3,17 min.	P; Sì ma le dico che io (.) ho mi viene proprio questo senso di di di soffocamento anche già solo quando mm mi viene guardata la gola [coon] (.)
31	3,17-3,19 min.	M; Eh si si no è [comprensibile]
32	3,18-3,35 min.	P; e quindi cioè proprio l'idea di questo arnese infilato in go cioè figuriamoci fino che deve arrivare fino allo stomaco proprio (1) no no no cioè mi viene già (1) l'ansia adesso figuriamoci]
33	3,35-4,14 min.	M; Eeee (.) dunque sarebbe proprio da fare sarebbe una cosa da ee un attimo cioè si può parlare con l'endoscopista, c'è l'anestesia locale, c'è il gargarismo con l'anestetico (.) c'è il fastidio, è fastidioso ma si supera (.) se ce la fa (1) a superare (e se poi l'anestesia locale non basta?) ma (se se se) ne mettono un po' di più (.) eventualmente (.) sono lì è non è cheee quello che fa l'anestesia poi se ne va e arriva l'altro eee mette il tubo e laa (2) è una cosa che si fa insieme ed è l'unica cosa che ci permetterebbe veramente di vedere che cosa succede (.) nello stomaco perché dall'esterno non si vedono [queste cose]
34	4,14-4,18 min.	P; E un'anestesia totale? così [sono tranquilla non mi accorgo di niente]
35	4,16-4,24 min.	M; Ma lo sa, Lucia, che l'anestesia totale c'ha dei rischi comunque (.) non si fa così (.)

		metter pure [l'anestesia]
36	4,23-4,27 min.	P; E però almeno (.) non sentire niente ( e poi ) (2)
37	4,29-4,47 min.	M; Mmm (1) allora il fatto di aver voglia di non sentire niente lo capisco,però una'anestesia locale per fare una gastroscopiaaa (1) non si fa perché è rischiosa l'anestesia totale eh ci sono non è così come fare una dormita dopo si rimane ancora intontiti per il resto dei giorni dopo non ne vale la pena (2)
38	4,49-4,51 min.	P; Non sono tanto convinta io di questa cosa. (.)
39	4,51- 5,04 min.	M; Allora (.) facciamo la gastroscopia (2) e vediamo che cosa c'è ? (2) in modo che possiamo poiiii ragionare bene su su [che cosa c'è,dare unnnn]
40	5,03-5,11 min.	P; Proprio un altro modo nonnn (1) la gastroscopia è per forza obbligatoria cioè non è unnnn [se non è non non c'èèè]
41	5,09-5,38 min.	M; Per vedere che cosa c'è si perché allora (.) io potrei anche dirle adesso “ non facciamo .....della gentile lei non vuole fare la gastroscopia, non la facciamo vediamo se magari vediamo se c'è del sangue nelle feci per vedere se c'è qualcosa che sanguina (1) e poi se c'è qualcosa che sanguina dobbiamo comunque farla (.) e se non c'è una cosa che sanguina dobbiamo comunque farla perché non ci basta per capire (.) e alla fine li arriviamo meglio farla subito tolto il dentee sappiamo che cos'è e le diamo la cosa giusta per risolvere (1) la situazione. (2)
42	5,40-5,50 min.	P; Tsè perché solo l'anestesia solo locale (1) cioè ma è sicura che unnn (ma l'han sempre fatta così) cioè un semplice gargarismooo [un qualcosa che può bastareee]
43	5,48-6,32 min.	M; Quello che dà fastidio nell'anestesia è il tubo che deve passare le corde ver le corde vocali e la laringe (.9 che dà un senso di soffocamento perché ovvio ( mmmm non mi ci faccia neanche pensare) che deve passare di lì (.) una volta passato (1) dopo è a posto perché lei respira, invece che avere solo l'aria il passaggio dell'aria normale, ha il tubo dentro e l'aria passa di lì (.) e quindi respiri (2) quindi il fastidio in realtà è un momento poi rimane fastidioso ma il senso di soffocamento è veramente un momento e quello li viene tolto connn connn l'anestetico eccetera (.9 rimane solo il fastidio ma non fa male (.) non dico che sia piacevole ( e questa cosa quanto dovrebbe durare?) eh non posso dire che è piacevole però eee lo si supera non è una cosa [terribile]
44	6,31-6,34 min.	P; E quanto dovrebbe durare [questooo]
45	6,33-6,38 min.	M; Finchè hanno visto che cosa c'è, dura (.) 10 minuti, un quarto d'ora (3)
46	6,41-6,44 min.	P; Io sono lì sdraiata con questi occhi ( ce la facciamo ce la facciamo )aperti che [vedooo]
47	6,45-6,46 min.	M; Se vuole può chiuderli ( questo)gli occhi.
48	6,46-6,48 min.	P; E però lo stesso (2)
49	6,50-6,57 min.	M; Se vuole può anche guardare lo schermo, mettono lì,c'è lo schermo (.) se vuole ( peggio)lo guardi e le fanno vedere cosa c'è , se non vuole guardare no guarda (5)
50	7,02-7,06 min.	P; Non è solo il fastidio èèè anche la paura di di (1)
51	7,07-7,40 min.	M; Eh (1) dunque (1) ho già detto tutto ( 1) non è eee piacevole, è un po' fastidioso, si può fare, l'hanno superato in tanti (.) (mmm) io (.) dico che bisogna farlo, se lo facciamo subito meglio (.) se non lo facciamo subito (.) sono quasi sicura che dovremmo farlo tra un po' (1) adesso eee se vuole farlo (.) subito iooo (.) chiedo, le faccio la prescrizione, prende l'appuntamento, mi porta i risultati entro breve e vediamo di risolvere questa cosa e smettiamo di vomitare dopo mangiato tutti i giorni (1)
52	7,41-7,47 min.	P; Questo è vero, anche questo è fastidioso (3) è che [allora]
53	7,47-8,05 min.	M; Ovviamente non posso obbligarla a fare la gastroscopia (1) se lei non vuole farla non la fa però mmm (3) però continuerà a vomitare dopo pranzo e tra un po' di mesi tornerà da me e mi diràà “ cosa facciamo?” e io dirò “facciamo la gastroscopia.”
54	8,05-8,07 min.	P; E tornerà sempre lì.
55	8,07-8,21 min.	M; Probabilmente sì (3) ((il paziente sospira)) (3) dai, le faccio la prescrizione (1) e mi prende l'appuntamento e mi fa sapere quando ha preso l'appuntamento, facciamo così?(3)
56	8,24-8,31 min.	P; Mmm (2) mi assicura che non mi succede niente eh?(1) [che non mi può succedere niente ]
57	8,29-8,58 min.	M; Io sono sicura che le darà un po' di fastidio e sono anche sicura che supererà il fastidio e che dirà “ non era poi così terribile comeee mi immaginavo” (3) le prescrivo la gastroscopia e un'inibitore di pompa dell'acido del dell'acido dello stomaco che è una delle cose che dà fastidio (.) l'acidità dello stomaco cheee (.) che fa peggiorare che fa venire il dolore eccetera magari con quello già migliora un po' (.) però [non possiamo]
58	8,57-8,58 min.	P; E cosaaa sarebbe?
59	8,58-9,27 min.	M; E' un è unaaa un medicamento per l'acidità di stomaco, per togliere l'acidità in modo che eee (1) in modo che si toglie la sintomatologia però dato che è abbastanza comunque importante il fatto che comunque vomita, non è soltanto un pochettino di dolore (.) io voglio vedere comunque la gastroscopia(1) il medicamento glielo dò e magari sarà già anche meglio (.) però non basta perché non possiamo fidarci che sta solo meglio poi mi comincia a sanguinare un giorno e non smette più (.) quindi (.) andiamo

		comunque a vedere (2)
60	9,29-9,30 min.	P; Mmm
61	9,30-9,31 min.	M; Va bene, se la sente? (1)
62	9,32-9,43 min.	P; Eeee (.) cioè è proprio l'unica soluzione perrr eliminare questiiii (1) per essere più sicura (1) [ <i>che cos'ho (.) così</i> ]
62	9,41-9,53 min.	M; Allora lei cominci a prendere il medicamento (.) glielo scrivo qua (.) e eeee questa qua è la prescrizione per la gastroscopia, mi telefona e mi fa sapere quando ha preso l'appuntamento.
64	9,53-9,54 min.	P; Va bene.
65	9,54-9,55 min.	M;Va bene?
66	9,55-10,00 min.	P; Va bene.(4) Grazie.
67	10,00-10,01 min.	M; Salve.
68	10,01-10,02 min.	P;Arrivederci.

## RINGRAZIAMENTI

Innanzitutto ringrazio il Professor Giorgio Rezzonico e la Professoressa Maria Grazia Strepparava per avermi dato la possibilità di intraprendere questo progetto e per gli anni di esperienza formativa e di crescita personale all'interno dei quali il lavoro ha preso forma. Credere in qualcosa è importante, credere in qualcuno lo è di più, soprattutto se quel qualcuno sei tu.

In secondo luogo ringrazio tutte le persone che, a vario titolo, hanno contribuito alla ricerca sulla comunicazione e sul rapporto tra medico e paziente, per l'interesse dimostrato, per aver fatto domande che mi hanno aiutato a chiarire le mie posizioni e anche per aver fatto finta di capire le risposte.

Un ringraziamento doveroso va a tutti gli studenti di medicina che nel corso degli anni hanno messo in gioco le loro emozioni, permettendo così non solo la riuscita di questo elaborato, ma anche un arricchimento personale che sarebbe riduttivo descrivere a parole.

Ringrazio tutti i dottorandi presenti e passati del Multimedia Health Communication Laboratory e tutti gli assidui frequentatori che, nella buona e nella cattiva sorte, non mi hanno fatto sentire solo, e per avermi aiutato al contempo a sedare il mio bisogno di appartenere a qualcosa di più grande di me stesso.

Un ringraziamento particolare a Deborah per essersi arrabbiata e per aver fatto la pace, per averci creduto e per essere rimasta delusa, per aver pianto e poi per aver riso, per aver atteso un momento che sembrava non arrivare mai, per le parole spese e per quelle che ha saputo non dire, per la calma e la fretta, la gioia e la tristezza, ma, soprattutto, per aver condiviso tutta questa ricchezza con me.

Mi piace l'idea di ringraziare anche me stesso per l'incoscienza iniziale e per la consapevolezza finale augurandomi di non perderle e di poterle sperimentare entrambe nuovamente.