



La Medicina Narrativa: la moderna comunicazione medico-paziente

Il rapporto fra Medico e Paziente costituisce, qualifica e rappresenta uno dei momenti più alti nella comunicazione umana. Fin dai tempi della Medicina Ippocratica, l'atto comunicativo fra colui che soffre ed il proprio curante è parte fondamentale non solo dell'operato del Medico e del risultato terapeutico, ma concretizza e disegna il momento etico più significativo dell'intera storia clinica di un malato (vedi in *Il mestiere di medico* di G. Cosmacini, Raffaello Cortina Editore, 2000 e in *Filosofia della Medicina* a cura di G. Federspil *et al.*, Raffaello Cortina Editore, 2008).

Nella Medicina moderna, dove la Complessità è l'ambito all'interno del quale si realizza l'alleanza fra Medico e Paziente, la capacità di comunicare si leva a rappresentare una vera e propria metodologia operativa che si compendia nella Medicina Narrativa, a sua volta esito e cifra delle Medical Humanities (vedi in *Medical humanities e medicina narrativa* di L. Zannini, Raffaello Cortina Editore, 2008).

La comunicazione rappresenta l'insieme dei processi psicologici e fisici attraverso i quali il comportamento e la capacità di comunicare di un individuo influiscono su quelli di un altro. In questo ambito, il contenuto della comunicazione è dato dai *messaggi* e dalle *informazioni*, il modo nel quale due persone si mettono in rapporto fra di loro rappresenta la *relazione comunicativa*, i mezzi con i quali comunichiamo – infine – sono sostanzialmente due (e avvengono simultaneamente) dal momento che mentre si parla (*comunicazione verbale*) nello stesso tempo si comunica anche con il corpo (*comunicazione non-verbale*). La *comunicazione terapeutica* inoltre, pone le sue basi sul fatto che la presenza di una malattia rappresenta per un individuo un'esperienza totale ed allo stesso tempo totalizzante ed affatto individuale – e ciò ha il potenziale significato di un *cambiamento* sostanziale rispetto al precedente modo di essere: il cambiamento poi, si pone in rapporto con il senso che ciascuno di noi attribuisce alla vita, alla sopravvivenza, alla sofferenza, alla morte – e già questo è un processo terapeutico di per sé.

In modo pragmatico si può allora affermare che il modo più efficace di avvicinarsi al Malato sia quello di accoglierne l'ansia, rispondendo a questa con l'*ascolto* – un ascolto che deve essere non solamente aperto (e magari passivo) ma soprattutto attivo e partecipato.

Anche nella formazione del Medico sono ormai ben chiare due tematiche che possono essere riassunte nelle seguenti:

- saper capire e saper spiegare (*cosa dire al Paziente*),
- saper ascoltare e saper comprendere (*come parlare con il Paziente*).



In questa direzione va il D.M. del 1966 che recita: "... la formazione deve caratterizzarsi per un approccio olistico ai problemi di salute della persona sana o malata, anche in relazione all'ambiente sociale, fisico, culturale che la circonda".

Dunque, nel *core curriculum* della formazione medica appaiono ben definiti gli ambiti nei quali si deve muovere il Medico e le competenze che devono informarne l'esercizio professionale:

- a) sapere riconoscere e regolare i processi cognitivi ed emozionali associati alle reazioni alla malattia, allo stress, al dolore;
- b) sviluppare un'adeguata consapevolezza delle implicazioni emotive e motivazionali che sottendono la scelta della professione medica e saperle valorizzare nella relazione clinica;
- c) saper comunicare con efficacia e con chiarezza con i pazienti e con i familiari, sia nella fase diagnostica, sia in quella della comunicazione della diagnosi, con particolare riguardo alle malattie gravi ed invalidanti, con riferimento anche alle dimensioni sociali e culturali di genere.

L'esergo di questo editoriale comprendeva *la Complessità* – intesa come *l'ambito all'interno del quale si realizza l'alleanza fra Medico e Paziente* – all'interno della quale *la capacità di comunicare si leva a rappresentare una vera e propria metodologia operativa che si compendia nella Medicina Narrativa, a sua volta esito e cifra delle Medical Humanities*. Alla fine degli anni '60 von Bertalanffy definiva un Sistema Complesso in termini di un "livello di organizzazione formato da parti diverse che cooperano per formare un'entità organizzativa con funzioni specifiche – funzioni che non possono essere svolte dalle singole parti in modo autonomo" (vedi in *La sfida della complessità* a cura di G. Bocchi e M. Ceruti, Bruno Mondadori, 2007; in *La teoria della complessità* di R. Benkirane, Bollati Boringhieri, 2007; in *La logica della complessità* di V. DeAngelis, Bruno Mondadori, 1996; in *Teoria della Complessità* di Morin e Prigogine – quale *opera prima*).

In questo ambito possiamo oggi affermare che la Medicina moderna trova nell'approccio olistico alla complessità il metodo riconosciuto come il più efficace ed il più efficiente – non solamente per una medicina centrata sul Paziente, ma anche per un migliore servizio al singolo ed alla collettività (Coaccioli S. *Medicine of Complexity: the Modern Internal Medicine Clin Ter* 2010: 161(1):9-11 – dove si afferma che: *Complexity bears its methodological and doctrinal contribution to the general health and medical assistance management, as well as to the clinical context and medical training. The science of complexity has suggested as alternative model in which the disease as well as the patient's general well-being are the result of a complex interaction between various elements of the entire system, dynamic and unique, of the individual*).

Per tornare alla comunicazione fra Medico e Paziente, il primo contributo tanto dottrinale quanto pragmatico viene alla metà degli anni '70 (vedi in *Medico Paziente e Malattia* di M. Balint, Feltrinelli, 1990) quando Balint pone le basi per una Medicina centrata sul Paziente:



“il Medico, se da un lato è portato ad avere interessi sempre più specifici, è chiamato – nell’interesse stesso del paziente – a non perderne di vista l’unità psicosomatica ... la quale, se in alcune forme morbose assume la prevalenza nel quadro clinico, in ogni caso fa sentire il suo peso come modo di reagire del paziente alla situazione di malattia con tutta la sua personalità”. La problematica è stata ripresa in modo eccellente da Moja e Vegni, i quali sottolineano che un approccio di questo tipo (vedi in *La visita medica centrata sul paziente* di E.A. Moja e E. Vegni, Raffaello Cortina Editore, 2000) rappresenta un modello non alternativo a quello tradizionale, ma – del modello tradizionale, ne allarga i confini, conservandone la scientificità, laddove il vissuto del Paziente, i sentimenti, l’interpretazione stessa della malattia, le aspettative e i desideri – più o meno manifesti – sono letti all’interno di un contesto ampio ed allargato che il Paziente stesso presenta.

Non può essere trascurato quanto Watzlawick, quaranta anni or sono, postulava (vedi in Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. *Pragmatica della Comunicazione Umana*; Astrolabio, 1971) in termini di *codici di comunicazione* (funzione, relazione, informazione, retroazione e ridondanza), di *sistemi di comunicazione* (interazione, apertura, retroazione ed equifinalità) e di *teoria della comunicazione umana* (la conoscenza delle cose – in termini di consapevolezza trasmessa dai sensi e la conoscenza sulle cose – in termini di consapevolezza elaborata): già Epitteto, nel I secolo a.C. affermava “non sono le cose in sé stesse a preoccuparci, ma le opinioni che ci facciamo di esse”.

Allora, il Medico deve operare – all’interno di sé e nel proprio sé – un cambiamento tanto sostanziale quanto pragmatico, tanto metodologico quanto culturale. E proprio qui, ancora Watzlawick ci propone il *cambiamento* (vedi in Watzlawick P. *et al. Change*; Astrolabio, 1974) come chiave di volta per un nuovo tipo di analisi della realtà, come modalità per qualificare il rapporto fra le persone e come strumento per ottimizzare la comunicazione fra le persone: mi piace, qui, riportare un pensiero di Lao Tse che recita “Trenta raggi s’incontrano in un mozzo – e in quel che è il suo vuoto sta l’uso del carro. Si tratta l’argilla e se ne foggia un vaso – e in quel che è il suo vuoto sta l’uso del vaso. Si forano porte e finestre per fare una casa – e in quel che è il loro vuoto sta l’uso della casa. Perciò, dall’essere viene il possesso – dal non essere viene l’utilità”.

Circa 10 anni or sono è emerso un dato di fatto circa il gradimento da parte degli italiani verso il Servizio Sanitario Nazionale: a prescindere dall’eccesso di burocrazia, dalla disorganizzazione endemica dei servizi, dalle lunghe liste d’attesa e dalle code in ambulatorio, il motivo di disamore principale è rappresentato dalla *manca di informazioni* (vedi in Mapelli, V., *Il Servizio Sanitario Nazionale*; Il Mulino, 1999). Dunque appaiono prioritari e irrinunciabili la relazione di cura (da “curare” a “prendersi cura”), la professionalità relazionale (*sapere, saper fare, saper essere*), la questione del linguaggio (*saper comunicare: come, cosa, a chi*), la comunicazione e la promozione della salute (*comunicazione interdisciplinare e comunicazione interistituzionale*) (vedi in Beccastrini S. *Competenze Comunicative per gli Operatori della Salute*. Centro Scientifico Editore, 2000).



Il Medico deve acquisire delle vere e proprie competenze ed abilità specialmente nella comunicazione della diagnosi – primo passo della relazione di cura: non esiste il “se dire”, ma piuttosto il “come dire” (vedi in *La comunicazione della diagnosi* di R. Buckman; Raffaello Cortina Editore, 1992).

Mai come in questo periodo la Medicina ha esibito la sua potenza tecnologica e mai come ora ha mostrato una crisi profonda di credibilità da parte dei pazienti. Il Medico “non deve e non può correre il rischio di imporre la sua razionalità e di catalogare le opinioni del paziente come “superstizioni” ovvero “credenze e miti”, perché così facendo impedisce a se stesso di comprendere la narrazione del Paziente, le sue ragioni più profonde, le sue paure, le sue speranze” (vedi in *Narrare la malattia* di BJ. Good; Ed. di Comunità, 1999).

In chiusura la Medicina Narrativa e le Medical Humanities rappresentano allora la cifra culturale, metodologica e strumentale, in ordine all’indispensabile integrazione fra medicina *narrative-based* e medicina *evidence-based* (vedi in L. Zannini, *cit.*).

Qualche domanda finale, per animare una discussione mai conclusa.

A cosa servono le medical humanities?

- Ad imparare a comprendere il Paziente,
- ad imparare a capire il contesto,
- ad imparare a costruire il significato dell’esperienza di malattia.

Come si insegnano le medical humanities?

- Con un approccio etico, e quindi con la capacità di riflessione morale,
- con un approccio estetico, e dunque con le literary skills (capacità di lettura/interpretazione),
- con un approccio empatico, vale a dire con la capacità di comprensione delle esperienze, delle emozioni e dei valori di altre persone.

Stefano Coaccioli