

La Relazione tra Medico e Paziente

Andrea Lopes Pegna, medico pneumologo e bioeticista

Mi è stato richiesto di affrontare il tema della relazione medico-paziente e di quello che questa rappresenta per me. Ho pensato di descrivere quello che è stato il mio comportamento che ho avuto con i pazienti, in più di quaranta anni di professione; professione che ho svolto sia come medico di medicina generale che come ospedaliero; attualmente svolgo attività specialistica in libera professione.

Quello che è certo è che l'università insegna solo nozioni scientifiche senza dare minimamente un indirizzo su come affrontare la relazione col paziente, non considerando necessaria alcuna specifica preparazione sul rapporto da avere con l'ammalato; come se questo rapporto dovesse derivare unicamente dalla sensibilità personale del medico. Il rapporto col paziente richiede invece un adeguato addestramento, cominciando dall'ABC delle tecniche comunicative, sia che si parli di comunicazione verbale che non verbale. È come se una volta imparati i rudimenti di medicina, il medico fosse catapultato a lavorare in un luogo sperduto senza avere alcuna nozione della lingua locale. In altri Paesi invece, come negli Stati Uniti, viene data molta importanza alla relazione col paziente e viene insegnata, ad esempio, quale sia la corretta tecnica di comunicazione, specialmente quando devono essere date al paziente cattive notizie¹: «[...] *Piccole cose sono importanti: se il medico ha fretta, se è seduto o sta in piedi, se è seduto vicino o lontano, se guarda negli occhi o guarda le carte, se sta vivendo frustrazione, incertezza, impazienza o confidenza mentre parla.*», scrive la Dr.ssa Keith I. Block². D'altro canto già Rav Mosè Maimonide, medico, filosofo, talmudista e giurista nato a Cordova (Spagna) nel XII secolo e. v., scriveva «[...] *i medici devono essere "addestrati" a dire la verità in modo empatico e compassionevole*»³.

L'ascolto

Il medico, oltre ad avere un bagaglio culturale e scientifico che va continuamente aggiornato, col rischio di inaridire altrimenti le proprie conoscenze, come se si trattasse di un prato verde che va viene costantemente bagnato, deve quindi conoscere molto bene come affrontare il rapporto col proprio paziente.

Per il medico è fondamentale l'ascolto e il tempo necessario ad avere una relazione completa e approfondita col paziente. Per quanto riguarda l'ascolto va però detto che anche lo stesso paziente, spesso non abituato a parlare, deve essere educato ad esporre in modo completo cosa lo preoccupa; è solito invece tralasciare aspetti importanti, credendo erroneamente che sia più importante esaminare le proprie indagini diagnostiche che non riferire in dettaglio i sintomi della patologia che lo affligge. Purtroppo il paziente subisce inevitabilmente e inconsciamente l'influenza di una medicina sempre più affidata alle macchine e sempre meno al rapporto col medico che spesso si risolve con una telefonata o con una prescrizione. Sicuramente il tempo sufficiente da dedicare al paziente obbiettivamente rappresenta uno degli ostacoli più importanti che il medico deve oggi superare quotidianamente; i tempi della visita sono sempre più dettati dall'organizzazione dei ritmi di visita stabiliti dalla direzione sanitaria o dal responsabile del servizio, e sempre meno dalle necessità della persona della quale ci si prende cura. Va però anche detto che per invertire questo progressivo ridursi del tempo da passare col paziente, il medico stesso fa ben poco. Non meraviglia quindi che già molti anni fa W. Langewitz in uno studio eseguito su 331 pazienti ambulatoriali stabiliva che il tempo medio che veniva loro concesso di

parlare senza essere interrotti era di appena 92 secondi e che il 78% dei pazienti completava quanto aveva da dire in soli due minuti⁴.

La disponibilità all'ascolto non esaudisce però l'ampiezza della disponibilità che il medico deve avere con le persone che si affidano a lui; sono convinto infatti che la disponibilità del medico non possa conoscere orari o giorni festivi e, in tanti anni di professione, posso asserire che sempre chi mi ha contattato al di fuori degli orari ambulatoriali, lo ha sempre fatto scusandosi e soprattutto sempre per un motivo valido.

Una norma che diventa eccezione

Tante volte così anche una semplice parola fuori orario o addirittura un SMS è sufficiente a rasserenare il paziente se angosciato da una qualche sua, anche se ingiustificata, paura. Fondamentale è poi prendere l'iniziativa magari facendo una telefonata, che il paziente non si aspetta, per sapere come va o quale effetto ha avuto la cura prescritta. Purtroppo questa telefonata non solo è inaspettata ma soprattutto insolita, a dimostrazione che quello che dovrebbe essere la norma, in realtà rappresenta un'eccezione. Agendo così il medico instaura col paziente un prezioso rapporto che non solo diviene sempre più stretto ma anche più duraturo; purtroppo però spesso il medico non vede quanto sia importante avere questa disponibilità, non solo per il paziente ma anche per sé stesso, come se avesse chiuso nel cassetto della propria scrivania un gioiello che non sa di avere; basta aprire il cassetto per scoprire il gioiello. Il legame deve diventare così stretto che il medico deve avere la capacità di intuire le domande del paziente, per potere così anticipare la discussione su quello che a lui preme sapere. Va inoltre ricordato che il paziente si trova spesso in stato di inferiorità non solo perché intimorito e indifeso di fronte alla figura del medico, ma anche perché la stessa malattia può renderlo fragile e insicuro; per questo, come un bambino, è molto importante aiutarlo passo passo nel percorso di cura.

Quanto ho delineato finora in sostanza non è altro che un rapporto empatico che il medico dovrebbe instaurare col proprio paziente. Roberto Tatarelli così definisce l'empatia «[...] *Si tratta di un rapporto medico-paziente certamente malato. Il coinvolgimento diventa eccessivo, totalizzante, identificatorio. Si eclissa nel medico la capacità necessaria per capire il paziente. È un mettersi nei panni dell'altro senza poter essere contemporaneamente osservatore. Sulla scena relazionale arriva insomma e prende sempre più spazio la confusione tra il sé dell'uno e il sé dell'altro. In altri termini: i rischi, la patologia dell'empatia. Non è teoria, accade. E quando accade sono guai. Può succedere per tanti motivi. Possono spiegarlo la storia, la personalità, le vicissitudini contingenti, l'incontro con quel particolare altro.*»⁵. Quanto scrive questo Autore può però essere vero se si considera unicamente l'empatia "emozionale" che può coinvolgere emotivamente il medico, fino al punto di paralizzarlo. Quando si parla invece di empatia si deve pensare a quella "cognitiva", così definita da Derek Beres⁶, che anche se strettamente legata alla prima, rappresenta l'unico mezzo che abbiamo per cercare di trovare con razionalità la strada da proporre e da percorrere insieme alla persona che necessita di aiuto. L'empatia cognitiva può essere immaginata come una chiave, l'unica chiave, che può aprire la porta della stanza dove sono presenti i sentimenti della persona che soffre, ricordando però che questi rappresenteranno solo una visione parziale di cosa sta vivendo il paziente. A questo proposito Hilary Putnam⁷ ha scritto di Emmanuel Lévinas «[...] *Lévinas sosteneva che quanto più mi faccio vicino all'altro – considerando i comuni livelli di vicinanza (in particolare ad esempio, in una relazione d'amore⁸) -, tanto più sono tenuto a essere consapevole della mia distanza dall'afferrare la realtà insita nell'altro, e tanto più sono tenuto a rispettare questa distanza.*».

Comunicare una diagnosi

La comunicazione della diagnosi e della prognosi specialmente per patologie gravi dall'esito infausto o per patologie croniche invalidanti non può completarsi con un unico incontro di pochi minuti tra medico e paziente; spesso invece rappresenta un processo che può prolungarsi nel tempo, perché necessariamente deve adattarsi a quanto il paziente può via via sopportare nell'evoluzione della patologia. Per questo la figura del medico deve rimanere costante nei vari incontri; rappresenta quindi un'assurdità vedere cambiare, per aspetti unicamente organizzativi, la figura del medico ogni volta che il paziente, ad esempio, si presenta all'oncologo o al neurologo, a seconda che debba rispettivamente affrontare una patologia oncologica o una patologia degenerativa neurologica. La necessità di instaurare un rapporto duraturo tra medico e paziente è tanto più vera se pensiamo anche alla "Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC)" come stabilito dal progetto di legge su "Norme in materia di Consenso Informato e Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)" attualmente in discussione alla Camera dei Deputati⁹. Nell'Art. 4 Comma 1 del progetto si parla infatti di «[...] *relazione tra medico e paziente di cui all'articolo 1, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta*». Sempre nello stesso progetto di legge⁹, all'Art. 1 Comma 9, viene poi ribadito il concetto che «[...] *Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.*».

Per il medico deve essere infine ben presente il concetto chiave che il suo compito non è unicamente quello di curare la malattia ("*To cure*"), ma soprattutto quello di prendersi cura della persona ammalata ("*To care*") in ogni momento della sua condizione di perdita di salute, anche quando non esistono più terapie specifiche per la malattia; altrimenti il paziente rischia di rimanere nella solitudine della propria sofferenza, e questa è la cosa peggiore che gli possa accadere.

Bibliografia

- ¹ Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311
- ² Block KI, Bugno TJ, Collichio FA et al. Breaking Bad News. *Integrative Cancer Therapies* 2003;2(1):39-62
- ³ Maimonide M. Commentario di Mishnà Nedarim 4.4
- ⁴ Langewitz W., Denz M., Keller A. et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002 Sep 28;325 (7366):682-3
- ⁵ Tatarelli R. Una cura per il medico maleducato. Ed. FrancoAngeli 2016
- ⁶ Beres D. The Case Against Empathy. <http://bigthink.com/21st-century-spirituality/the-case-against-empathy-2>
- ⁷ Putnam H. Filosofia ebraica, una guida alla vita. Rosenzweig, Buber, Levinas, Wittgenstein. Ed. Carocci 2011
- ⁸ Lévinas E. Amore e filiazione, in *Etica e Infinito* pp. 77-82 Ed. Città aperta. Troina 2008
- ⁹ **Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento**
<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9853706.pdf>

Per comunicazioni: Andrea Lopes Pegna, a.lopespegna@gmail.com

Sostienici con l'abbonamento
<http://www.grusol.it/appunti/abbonamenti.asp>