

MEDICARE

Fabrizio Asioli

La relazione di cura

Difficoltà e crisi
del rapporto medico-paziente

Prefazione di Marco Trabucchi

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



MEDI-CARE

La collana Medi-Care è stata specificatamente studiata per giovani medici, specializzandi e operatori del settore.

I volumi, scritti da medici di provata esperienza, analizzano aspetti e problematiche legate alla professione medica nelle diverse specialità, con un'attenzione particolare al rapporto medico-paziente.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

MEDICINE CARE

Fabrizio Asioli

La relazione di cura

Difficoltà e crisi
del rapporto medico-paziente

Prefazione di Marco Trabucchi

FrancoAngeli

Grafica della copertina: *Alessandro Petrini*

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Marco Trabucchi</i>	pag.	7
Introduzione	»	13
1. Prendersi cura e curare	»	21
2. Relazioni e relazione terapeutica	»	27
Dottori e pazienti	»	27
L'effetto placebo	»	33
Benefici non dipendenti dal farmaco	»	37
3. Sguardo clinico, sguardo tecnologico	»	43
La centralità della relazione	»	43
Crisi di fiducia	»	49
4. La sofferenza e il suo doppio	»	53
Cosa chiede il paziente	»	53
Con-tatto	»	56
Storia e racconto	»	59
5. Silenzi, equivoci e incomprensioni	»	67
La mancanza di reciprocità	»	67
Parole vive	»	72
6. Emozioni e riverberi	»	77
Come in uno specchio	»	77
Vicinanza e distanze	»	81

7. Fuori rotta	pag.	85
Passaggi di confine	»	85
Ritirate	»	87
9. Idee per la formazione	»	93
Criticità	»	93
Non solo malattie	»	95
A scuola di relazioni	»	96
Ringraziamenti	»	101
Bibliografia	»	103
L'Autore	»	109

Prefazione

di Marco Trabucchi*

Sono particolarmente lieto e onorato di stendere questa breve presentazione del libro di Fabrizio, amico con il quale abbiamo insieme studiato, imparato e realizzato imprese significative.

Mi sono proposto di trattare in modo sintetico due temi. Il primo ha a che fare, in forma diretta, con il filo conduttore di questo libro, cioè con il rapporto che si instaura fra la persona che cura e chi si trova nella necessità di dover essere curato. Questo argomento riguarda la formazione del medico. Anche il secondo tema, seppure in forma più indiretta, è sempre collegato con la relazione di cura, ma ha uno sguardo più rivolto al futuro nel tentativo di cercare di guardare e, se possibile, anticipare le problematiche che nel rapporto medico-paziente si determineranno nei prossimi anni con l'ulteriore sviluppo di nuove tecnologie e dell'intelligenza artificiale.

Tuttavia, non voglio rinunciare ad accennare in premessa alla questione di fondo, cioè alla gloria e alle tristezze del rapporto di cura. Cura vuol dire: generosità di chi la compie e di chi la riceve senza sentirsi svalutato e impotente; capacità tecnica, per bilanciare gli interventi nelle persone fragili rispettando la loro complessità, ma allo stesso tempo essendo capaci di piccoli atti tra loro armonici, dei quali si deve misurare l'efficacia; pazienza, perché spesso l'efficacia di un singolo atto si perde in una marea di problemi che occorre dipanare per capire se l'intervento stesso è stato utile al fine di mantenere la traiettoria vitale, sempre diversa per ogni persona; tolleranza, perché la gratitudine non è il sentimento più frequente, mentre spesso le incomprensioni e l'aggressività dominano il rapporto; gentilezza, perché anche la forma della relazione è importante e serve a creare un'at-

* Direttore Scientifico del Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia; Presidente della Associazione Italiana di Psicogeriatrica; Già Professore Ordinario di Psicofarmacologia, Università di Roma Tor Vergata.

mosfera di serenità, sulla quale fondare ogni successiva tappa (il sorriso, il tono della voce, la postura, costituiscono aspetti centrali); infine il silenzio, molte volte lo strumento più efficace per ascoltare e comunicare una cura che accompagna, si preoccupa, non pensa di avere ogni risposta utile a chi soffre. Mi rendo conto di aver fatto un elenco modesto e riduttivo, ma tutta la grande problematica del rapporto medico-paziente viene trattata in modo magistrale da Asioli in questo volume.

Se si guarda al problema della formazione del medico e degli altri operatori sanitari, come vecchio professore che ha formato molte migliaia di medici, posso a ben ragione sostenere che l'attuale organizzazione dei corsi di studio è inadeguata a svolgere compiti adatti al nostro tempo. Il sistema italiano di formazione del medico, per esempio, non prevede il dialogo con il paziente come argomento strutturato; anche se in alcuni piani di studio gli aspetti psicologici risultano più sviluppati che in altri, non vi è una parte dell'insegnamento che riconosca la centralità del rapporto medico-paziente in tutti gli atti della Medicina. "Quando hai finito la tua preparazione clinica, ti accorgi, in molti modi, che sei lontanissimo dalle persone che sei stato formato ad aiutare". Questa frase di Chen (2008) indica un sentimento diffuso fra gli esperti, cioè che la formazione universitaria disconnetta gli studenti dal mondo reale in cui i pazienti vivono. Ho già elencato altrove (Trabucchi, 2009) questioni metodologiche preliminari che non possono essere eluse da un insegnamento adeguato alle esigenze attuali e ne ricordo alcune delle più importanti. *Formazione alla complessità*: le conoscenze che si acquisiscono non possono rimanere confinate a specifici ambiti di organo o di apparato perché è ben nota l'influenza delle condizioni di vita sullo stato di salute e come questo, a sua volta, possa essere determinato da compromissioni multiple interagenti fra di loro; *formazione alla processualità*: il medico deve apprendere a collocare i propri atti di diagnosi, cura, riabilitazione all'interno di una logica temporale, cioè di storie di malattie che possono essere spesso anche lunghe, perché le possibilità terapeutiche odierne, insieme ad altri fattori, hanno permesso una aumentata aspettanza di vita. La continuità è un principio irrinunciabile dell'agire medico e quindi di qualsiasi processo formativo adeguato; *formazione alla responsabilità*: l'insieme dei fattori che determinano lo stato di salute e delle attuali modalità di assistenza complesse costringono il medico a una responsabilità allargata, che non si limita alle azioni che rivolge direttamente al paziente, ma si estende al gruppo di lavoro, all'integrazione degli interventi, alla capacità di gestione.

Senza dubbio una mancanza rilevante nella formazione universitaria riguarda la *regia*. Lo studente si trova nella condizione di dovere capire da solo il collegamento tra le varie nozioni che gli sono fornite, per cui alla fine può riuscire a comprendere la complicazione che sottostà alle nozioni

ricevute, ma non è in grado di cogliere il senso delle dinamiche della complessità che caratterizzano le informazioni che stanno intorno alla singolarità di ogni individuo. In questa prospettiva, alla formazione mancano due concetti orientativi fondamentali: quello della vita che si presenta come un fenotipo instabile, che deve essere compreso nelle sue singolarità sempre diverse; e la conseguente nozione di tempo, senza la quale non si può capire da dove viene la malattia e dove andrà l'ammalato. Affrontare il tema della relazione medico-paziente senza aver prima chiarito questi aspetti rischia di farci costruire un mondo teorico, senza fondamento reale, fatto di buoni consigli, che però facilmente diventano retorica.

L'insegnamento deve inoltre essere sempre impostato in una prospettiva unitaria; il dualismo corpo-mente (con il conseguente dualismo tecnico-umanizzazione) ha avuto invece conseguenze deleterie, perché ha fatto credere ai giovani in formazione che una cosa è l'intervento tecnico-clinico, un'altra la relazione. Con questa cultura di fondo, dall'insegnamento universitario non hanno imparato che l'unico modo per veicolare gli atti di cura, perché siano efficaci, è farli transitare sulle ruote di una comprensione totale della vita della persona da curare, con le sue sofferenze, le speranze, la realtà di un'esistenza non sempre fortunata, con una storia che ha lasciato segni profondi.

Il secondo aspetto sul quale desidero fare qualche accenno riguarda l'introduzione delle nuove tecnologie in Medicina e la loro possibile ricaduta sul rapporto con l'ammalato nei diversi ambienti di cura. In questi anni si sono fatti enormi progressi nel campo dell'intelligenza artificiale. È mancato però un sufficiente approfondimento realistico delle sue possibilità nell'ambito delle cure. In questa luce sorgono molti interrogativi: che ruolo avranno le agenzie formative? Quali medici saranno formati e come dovranno sviluppare la loro professione? La capacità di relazione con i pazienti sarà sempre un prerequisito ineludibile, anche quando l'erogazione della maggior parte delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche non sarà più mediata dal medico, ma da strumenti tecnologici sofisticati e precisi?

Potremmo affermare che le macchine non potranno mai essere di conforto per chi è più vulnerabile. Come è possibile accettare l'informazione, per esempio, sulla propria morte imminente da parte di una macchina che non è in grado di comprendere il significato stesso di questa parola? Ma allora chi si prenderà cura della vita dei pazienti? Figure professionali non mediche? Che ruolo avranno i pazienti sempre più informati e sempre più protagonisti delle cure di cui hanno bisogno? Come verranno organizzati i servizi sanitari? Molti ritengono che, man mano che il *deep learning*, l'intelligenza artificiale, diventerà più potente, la competenza del medico nella conoscenza della materia diventerà più, non meno, fondamentale:

saremo messi a lavorare di più quando l'intelligenza artificiale entrerà in gioco, perché scoprirà molti più problemi. La ricerca di un ruolo per il medico quando le macchine saranno in grado di dare molte risposte non è facile, in particolare se si vuole evitare la retorica del buon samaritano. Il luddismo ha rappresentato in passato un momento di crisi nella strada del progresso, senza che abbia lasciato alcuna traccia significativa di sé. Come evitarne la ripetizione in termini moderni?

Un possibile antidoto certamente sarà quello di dare spazio alla relazione e alla condivisione per non essere spettatori solitari delle ambiguità del progresso, ma per cercarne un'utilizzazione rilevante per il benessere. Purtroppo però, manca ancora chi sia in grado di fare sintesi tra tecnologia, medicina, persona, comunità, in modo da evitare che la solitudine del singolo operatore di fronte alla tecnica divenga devastante, con conseguenze irrispettose della sua dignità/professionalità e della sua capacità di lenire la sofferenza della persona che a lui si affida. Un aspetto centrale è definire i confini dell'autonomia del medico dopo l'introduzione delle nuove tecnologie, in particolare rispondendo alla domanda se il tempo risparmiato ("a gift of time" degli autori anglosassoni) può essere utilizzato per aumentare la durata del rapporto con il paziente o invece, come vorrebbero gli amministratori sia in ambito pubblico che privato, se questo risparmio verrà impiegato per aumentare la quantità di lavoro svolto. "I cinque minuti in più spesi per interloquire con il paziente sono allo stesso tempo utili per la cura e costosi sul piano economico" ha scritto recentemente *l'Economist*; la sfida drammatica del futuro sarà quella di decidere in quale direzione andranno le scelte delle comunità, partendo da questa indiscutibile affermazione. Una grande sfida, concreta, che vivremo nell'immediato nei prossimi anni. Eric Topol ha recentemente intitolato un suo importante contributo alla tematica: "Una medicina efficace: la convergenza dell'intelligenza umana e di quella artificiale". È un augurio che dobbiamo rivolgere a noi stessi, consci che qualsiasi progresso al di fuori del nostro controllo potrebbe rappresentare un momento di grave crisi, ma allo stesso tempo consci della responsabilità che abbiamo per ipotizzare nuove logiche culturali e quindi nuove prospettive di lavoro. Sistemi elettronici che migliorino le capacità di diagnosi e di cura delle malattie sono certamente positivi, ma devono essere identificate applicazioni che aumentino la capacità del medico di servire il suo paziente e non solo di risparmiare tempo. Alla fine, infatti, "è poco importante se saremo ancora chiamati dottori, se la nostra disciplina sparirà, se le macchine faranno lavori un tempo di spettanza dell'uomo, purché la malattia sia curata, i malati siano confortati e la vita continui".

La relazione di cura sembra oggi in difficoltà, travolta dai veloci cambiamenti, che si traducono in mille diverse tensioni nei rapporti tra le persone. Non è quindi facile comprendere come sia possibile essere vicini

a chi ha bisogno nel modo più efficace, in particolare per quanto riguarda il rapporto medico-paziente che sta all'inizio di qualsiasi progetto di cura. Questo libro di Asioli offre indicazioni molto importanti riguardo un atteggiamento di fondo che non può essere negato, almeno finché ci sarà qualcuno che soffre nel corpo e nella mente e qualcun altro che cercherà di offrire risposte per ridurre il dolore, pur con il supporto di metodi che cambiano e sui quali dobbiamo continuare a esercitare il primato della mente umana.

Introduzione

La Medicina sta contemporaneamente attraversando una stagione di grandi conquiste e di successi straordinari dal punto di vista scientifico ma, parallelamente, anche una profonda crisi di fiducia da parte dei pazienti che si rivolgono alle sue cure. Questa crisi, tutt'altro che occasionale, era già stata in qualche modo prevista e descritta. Karl Jaspers più di 60 anni fa aveva profetizzato – non auspicandolo affatto! – che, con l'avvento dell'età della tecnica, il destino della cura sarebbe stato quello di perdere la sua componente umanitaria, che caratterizzava e su cui si fondavano relazioni di cura capaci di comprendere l'interlocutore e di interpretarne la sofferenza. Secondo Jaspers questa perdita avrebbe inevitabilmente costretto l'umanità a dover fare i conti con la progressiva estinzione dell'idea (ma anche dell'esperienza tangibile) di un medico che fosse in grado di coniugare, senza scissioni, scienza e umanità. Pochi anni più tardi, anche in questo caso con sorprendente lungimiranza, Ivan Illich scrive un documentatissimo volume – *Nemesi medica*, che ha avuto la prima delle sue numerose pubblicazioni in varie lingue nel 1976 – in cui era prevista e descritta la crisi di sfiducia, di cui già allora si registravano segnali incombenti sulla Medicina moderna. Illich aveva coniato il concetto di *iatrogenesi clinica*, includendo in essa “tutti gli effetti collaterali della ‘terapeutica’, i cui agenti patogeni, cioè quelli che provocano il male, non sono batteri o altri fattori causali delle malattie che ci sono note ma sono i farmaci, i medici, gli Ospedali” (p. 37). Secondo il pensiero radicale di Illich, tutto ha origine da quando il medico ha cessato di essere un artigiano che esercitava un'arte su individui che conosceva personalmente, ed è diventato un tecnico che applica regole scientifiche a classi di pazienti. La sua tesi è che sia proprio la Medicina tecnica e spersonalizzata a produrre la iatrogenesi. Ciò che sta accadendo con molta evidenza ai giorni nostri ha quindi tutte le caratteristiche di un *fenomeno strutturale*, e con radici che vanno in profondità.

Un evento di questo genere dovrebbe preoccuparci molto perché trova la sua causa principale nella rottura del patto di fiducia che da sempre ha caratterizzato e, reciprocamente, legato la persona che soffre con il suo curante. “Pazienti contro medici, medici contro pazienti” è il significativo titolo di un paragrafo del libro dedicato a questo conflitto da un clinico e da una sociologa (Flamigni e Mengarelli, 2014). A proposito della fiducia, questi Autori fanno notare che essa non è un semplice elemento, certamente importante, della relazione tra le persone, costituendone un suo valore fondante; ma è anche un metro di misura, una sorta di cartina al tornasole, perché la fiducia esercita anche un ruolo nelle relazioni sociali, a tal punto che “la crisi di fiducia sociale può essere considerata un indicatore di una vera e propria crisi sistemica e della esistenza di una malattia a carico del sistema sociale di un paese” (p. 85).

Questo libro, che si propone di fornire un contributo alla lettura di questa crisi, si occupa solo di alcuni aspetti e di alcuni fattori implicati nel fenomeno di cui si parla. È opportuno inoltre precisare che le riflessioni che sono contenute in questo volume riguardano in modo specifico ed esclusivo la Medicina occidentale. Quella Medicina, fra le tante nel mondo e nel tempo, che pur avendo radici che attingono alla cultura greca e romana, prende una sua forma più definitiva, almeno in modo embrionale, a partire dal '700 in Europa; che avrà un progressivo sviluppo scientifico nel periodo susseguente; e che, a partire dagli anni '30 del secolo scorso, con la scoperta dei primi medicinali veramente curativi (i sulfamidici e subito dopo gli antibiotici), continuerà ad avere un vorticoso, ininterrotto e inimmaginabile salto di qualità. Questa evoluzione, che ha registrato negli ultimi 50 anni uno sviluppo esponenziale delle conoscenze scientifiche e delle opportunità di cura, non accenna a rallentare nei giorni nostri. Anzi, oggi sembra di assistere a una progressione inarrestabile verso il raggiungimento di obiettivi davvero impensabili fino a non molto tempo fa. Il volume dunque non si occupa di altre forme in cui si è istituzionalizzata la disponibilità dell'uomo a prendersi cura del male che può colpire i suoi simili, cioè di “altre” Medicine, che si sono originate in passato o che sono contemporanee alla nostra. Queste “altre” Medicine hanno quasi sempre visioni della malattia inconciliabili fra loro, spiegazioni profondamente differenti sulle cause delle infermità che affliggono l'uomo e offrono proposte e strumenti di cura diversi e talvolta davvero incomparabili. Tuttavia – e questo dato non può essere casuale e quindi deve essere sottolineato – sono accomunate dalla importanza che è *sempre* assegnata al ruolo del terapeuta, importanza che viene sostenuta e avvalorata sia dalla sua abilità nel comprendere la natura del male e di opporvisi, sia dalla sua capacità di essere partecipe della sofferenza del paziente.

La Medicina si occupa del corpo. Rispetto a questo compito che costituisce l'impegno a cui i medici dedicano la loro vita, la lingua tedesca può aiutarci a comprendere una questione centrale del problema che si vuole affrontare. Per definire il corpo, in questo idioma si utilizzano due parole distinte, Körper e Leib, che hanno significati molto differenti. Il corpo, nella sua accezione fisica, materiale e meccanica viene definito come Körper. È dunque il Körper, che viene curato con sostanze chimiche, sezionato chirurgicamente, e preliminarmente indagato a scopo diagnostico mediante strumenti che, da una parte, moltiplicano il potere visivo del medico che può osservare l'interno della struttura fisica, scoprirne il funzionamento e le anomalie, senza dovere attendere il disvelamento autoptico (Maffei, 1993); dall'altra parte però i medici del corpo, avendo nel corso del tempo potuto avvalersi di tecniche sempre più raffinate per indagare il corpo nella sua entità fisica, sono stati inevitabilmente indotti a sottolineare ed enfatizzare sempre più il versante concreto e oggettivo del gesto terapeutico e degli strumenti a cui esso si affida.

In tutt'altra direzione, la psichiatria si è aperta – grazie in particolar modo alla psichiatria tedesca, alla Fenomenologia, alle teorie di Freud – a nuove prospettive, per l'attenzione prevalente posta da queste correnti di pensiero ai sentimenti, ai vissuti, al mondo interiore del paziente. Questo nuovo e diverso sguardo non solo ha avuto ricadute anche sulla concezione delle malattie fisiche, ma ha soprattutto esercitato la sua influenza sugli strumenti stessi di cura dei disturbi psichiatrici, i quali hanno risentito di questa più organica visione nella concezione dell'uomo. Dato il maggior interesse che si è generato verso il mondo mentale e simbolico del paziente, l'attenzione terapeutica è stata progressivamente rivolta più che solo a incrementare modalità di aiuto mediate da mezzi esterni e “concreti”, a concentrarsi piuttosto sulla messa a punto di interventi effettuati *direttamente* da quello strumento (vivente) rappresentato dal terapeuta stesso, che si avvale della relazione come strumento di cura. È un dato di fatto che alla crescita di questi filoni di ricerca sul versante della terapia (psicoterapie, psichiatria sistemica, di gruppo, e così via) abbia parallelamente corrisposto un'offerta pratica sempre più ricca di interventi che utilizzano la relazione come l'unico strumento finalizzato alla cura a disposizione del terapeuta. Al contrario, nella visione in cui si è sviluppata la Medicina moderna – la Medicina del corpo – la relazione con il paziente è stata progressivamente interpretata *solo* come strumento il cui utilizzo permette di ottenere la collaborazione del malato a operare sul suo corpo e poco più. In questa concezione il vero e unico agente terapeutico viene coerentemente, ma limitatamente ed erroneamente, identificato con gli strumenti di intervento tecnici che la Medicina possiede (farmaci, manipolazioni, operazioni chirurgiche).

Nella relazione che si instaura con il medico, le aspettative del paziente hanno comprensibilmente un peso molto importante dal momento che chi soffre affida al curante non solo la propria malattia, il proprio corpo, la speranza di guarire, ma anche l'intera sua crisi, esistenziale e sociale, rappresentata dall'essere in situazione di pericolo a causa della malattia. Prima che essere curato, il paziente chiede e ha bisogno di essere rassicurato. Il fatto è che quasi mai il paziente, pur essendo portatore di questa esigenza, ne è pienamente consapevole e – aspetto ancora più importante – anche i medici, di frequente, ignorano la duplicità (quasi sempre implicita) della domanda che viene rivolta loro. Il tipo di risposta del curante verso il paziente non è quindi riassumibile nell'atto terapeutico in senso stretto, per esempio nella prescrizione di medicine o nella manipolazione del corpo, ma risiede o dovrebbe risiedere in tutto l'atteggiamento verso il malato e nella capacità di prendersi cura di tutti suoi bisogni, anche di quelli che non vengono esplicitati e di cui si è detto.

Le nuove possibilità di esplorazione e gli strumenti di indagine hanno permesso un salto di qualità rispetto alle conoscenze sul corpo e sul suo funzionamento, ma hanno anche avuto – come importante effetto collaterale indesiderato – una ricaduta negativa sulla relazione medico-paziente: questo fatto costituisce una, non la sola, delle cause che hanno “allontanato” il medico dal contatto diretto con il corpo del paziente. Si potrebbe dire che al progressivo svilupparsi del potere della *vista* del medico sul corpo e dentro il corpo del paziente è corrisposta, non casualmente, la perdita di importanza dell'*orecchio*, l'organo deputato a sentire e a prestare attenzione a ciò che ci dicono gli altri. Tutti gli studi mettono in evidenza che la capacità di ascolto rivolta al malato da parte del medico si è progressivamente (e di molto) ridotta e, piuttosto che ascoltare, il medico preferisce essere lui a parlare. Il medico che si occupa del corpo come oggetto primario del suo interesse di cura si trova tuttavia di fronte a persone che si ammalano, cioè impatta con malattie che si incarnano, non con malattie disincarnate e astratte; è in qualche modo, se non costretto, almeno indotto a dover prendere in considerazione anche il *corpo vissuto* del paziente, il Lieb. Il paziente, insieme al corpo-macchina da riparare perché sofferente, porta sempre al medico anche una mente destabilizzata che si interroga sulle trasformazioni incomprensibili, incontrollabili e dolorose che è costretta a subire. Accanto all'aspetto più manifesto che il medico è in grado di cogliere (la malattia e la sofferenza del corpo) se ne accompagna un secondo, non sempre altrettanto evidente e palpabile (e al quale il medico quasi mai riesce a dare risposta), che riguarda il Lieb, cioè le conseguenze che lo sconvolgimento del corpo comporta sulla soggettività e sul suo smarrimento.

Infine, un ultimo aspetto importante della relazione medico-paziente è rappresentato dalle emozioni che vi sono implicate. In tempi relativamente recenti è stata individuata l'“attività specchio” compiuta da certi neuroni cerebrali. Questa scoperta ha permesso di comprendere, molto di più di quanto non si sapesse prima, sul ruolo delle emozioni nelle relazioni interpersonali. In precedenza, solo l'apporto delle scienze a orientamento psicologico, storicamente ricche di suggestioni ma povere di prove derivanti dalla ricerca, forniva contributi su questo argomento. I neuroni specchio (che, si badi bene, sono neuroni motori) permettono la comprensione delle azioni e delle intenzioni altrui ma il meccanismo specchio è in grado di decodificare anche l'esperienza sensoriale direttamente in termini emotivi. I neuroni specchio, secondo la definizione di uno degli scopritori, costituiscono la base biologica dell'empatia, emozione che gioca un ruolo fondamentale nelle relazioni. L'informazione su questa importante attività, pur esercitando – come si è detto – un'influenza profonda sulle relazioni, non raggiunge il cervello. Quindi a livello conscio non abbiamo consapevolezza dell'attività di rispecchiamento. Questo canale comunicativo può non venire sollecitato (per esempio quando le persone si trovano troppo distanti) oppure, al contrario, può ricevere un eccesso di stimoli. In questo secondo caso si producono disturbi della risonanza e si determina una vanificazione di questo importantissimo canale di “contatto” interpersonale. Alcune tipologie di pazienti (o di problemi di cui sono portatori alcuni pazienti) possono dare origine nel terapeuta a risposte emotive di difesa, di distanziamento e di rifiuto, fenomeni molto simili, o forse del tutto sovrapponibili, a quelli che Freud aveva descritto con il termine di *controtrasfert*.

I temi di cui si occupa il libro vengono trattati, suddivisi in capitoli, secondo lo schema che riassumo. Il capitolo 1 analizza l'atto di cura sottolineando le differenze che esistono fra la cura che potremmo definire umana – cioè la disponibilità che tutti gli uomini hanno, come il buon samaritano della parabola evangelica, di prendersi cura degli altri bisognosi – e quella medica, vale a dire il prendersi cura peculiare dei professionisti che dedicano la loro attività specifica agli altri, *in quanto malati*. La capacità di ciascuno di noi di prendersi cura dei propri simili che si trovino in condizione di bisogno, si caratterizza per marcate differenze (sul piano psicologico, della disponibilità personale, dell'impegno emotivo) rispetto al prendersi cura e al curare del medico, perché quest'ultima forma di dedizione è molto particolare e circostanziata, in quanto riguarda in modo specifico le malattie e la sofferenza del corpo.

Il capitolo 2 si occupa di questioni e di problemi inerenti alla relazione che si crea fra chi cura e chi viene curato. In questo capitolo, in particolare, viene discussa la diversa accezione e il differente ruolo che può essere assegnato a questa relazione: se sia cioè da considerarsi e da utilizzare (so-

lo) come contenitore e come sfondo in cui si compiono gesti e azioni considerati più propriamente terapeutici (farmaci e interventi chirurgici), ed è così che viene intesa nella Medicina moderna; oppure se la relazione – in se stessa – abbia valore terapeutico, valore che le viene attribuito nelle psicoterapie e in tutte le forme di aiuto e di cura che si realizzano attraverso il rapporto interpersonale.

La crisi che il rapporto medico-paziente sta attraversando è argomento del capitolo 3. Vengono prese in considerazione le cause principali che hanno determinato questa situazione. Fra queste ultime, certamente i grandi cambiamenti a cui è andata incontro la Medicina. Infatti, a fronte di uno sviluppo enorme e continuo delle conoscenze sono corrisposte la nascita e la moltiplicazione delle Specialità, che hanno introdotto modificazioni importanti nella relazione fra il medico e il paziente. Oggi il rapporto duale medico-paziente è meno frequente ed esclusivo che in passato; sulla stessa persona, interagiscono spesso, contemporaneamente o in tempi successivi, più medici e questo fatto contribuisce alla percezione di spersonalizzazione della relazione terapeutica vissuta dal malato. Sono radicalmente cambiati i luoghi di cura e si sono verificati una riduzione progressiva del tempo, ma anche delle attenzioni dedicate dal medico al corpo e alla persona del paziente.

Insieme alla domanda di cura che l'ammalato rivolge al curante, vi è anche una richiesta – quasi sempre implicita e sotterranea – dettata dal bisogno di essere aiutato anche a fronteggiare l'angoscia del male. Spesso il medico non sa rispondere a questa duplice domanda sia perché impreparato (addirittura anche a coglierla, oltre che a soddisfarla), sia perché condizionato dalla scissione con cui la cultura occidentale guarda al rapporto fra mente e corpo. La mancanza dell'attenzione verso la sofferenza del paziente è una delle cause – e non certamente fra quelle secondarie – della crisi in cui si trova la relazione di cura. La “duplice” sofferenza, quella del corpo, ma anche quella della mente, che affligge il malato vengono discusse nel capitolo 4.

Il capitolo 5 è dedicato ad approfondire le differenze che distinguono i due partecipanti alla relazione terapeutica. Tali differenze sono troppo ignorate nel percorso di formazione del personale che si dedica all'assistenza degli ammalati, inclusi i medici. Il rapporto fra chi cura e chi viene curato si contraddistingue per una spiccata asimmetria fra i due soggetti che vi partecipano. Una caratteristica strutturale di questa natura, cioè un marcato sbilanciamento fra i contraenti, è sempre foriera di incomprensioni in tutte le relazioni che hanno questa connotazione. Differenze marcate fra gli stati d'animo, le richieste, le condizioni soggettive, le competenze e soprattutto le attese generano sempre anche squilibri di intesa. È comprensibile che sia proprio la comunicazione – che riveste un ruolo cruciale in

ogni relazione – a esserne particolarmente implicata e a risultare disturbata in profondità: sia dal punto di vista della capacità di ascolto (sicuramente in difetto da parte del medico, come ci dicono molti studi), sia dal punto di vista del linguaggio. Il medico e il paziente hanno difficoltà a comprendersi e gli ostacoli comunicativi ingenerano in entrambi equivoci, fraintendimenti, silenzi, incomprensioni e sono alla base dell'insoddisfazione che il paziente (ma anche il medico) vivono nella relazione fra loro.

Gli aspetti che hanno a che fare con il ruolo dell'emotività nei processi di cura sono più noti e studiati per quanto riguarda il coinvolgimento del paziente, mentre troppo poco si sa ancora di quanto accade al medico. Solo in tempi recenti, a seguito delle evidenze sulla diffusione dei fenomeni di *burn out* fra il personale di assistenza, hanno ricevuto maggior interesse le conseguenze che si producono sul terapeuta (e anche sul *caregiver*) dovute all'affaticamento emotivo di chi cura e di chi aiuta le persone che soffrono. Questi temi vengono affrontati nel capitolo 6.

La Medicina risente delle influenze della società e del clima culturale in cui viene esercitata e ne subisce – molto più di quanto non si creda – condizionamenti. La Medicina di oggi, per esempio, si caratterizza per un alto numero di prestazioni che Paolo Girolami chiama *atipiche*. La definizione si riferisce a quelle pratiche che non appartengono tradizionalmente e propriamente al paradigma medico in quanto non hanno come fine il superamento di uno stato di malattia e di sofferenza ma si rivolgono, per esempio, al miglioramento dell'aspetto estetico e alla manipolazione di caratteristiche naturali. Attraverso questa strada, è anche la Medicina che finisce per fornire alla società un suo contributo nel rinforzare attese irrealistiche e immagini deformate: sia nei confronti della Medicina stessa che nei confronti della sofferenza. Queste problematiche sono argomento del capitolo 7.

Il capitolo 8, l'ultimo, è dedicato alla formazione del medico, alla sua attuale inadeguatezza per il forte sbilanciamento a favore delle materie biologiche con cui oggi è concepita e viene realizzata. Vengono forniti alcuni suggerimenti che potrebbero migliorare l'attuale situazione che si caratterizza, nella stragrande maggioranza delle Scuole accademiche italiane di formazione, per la totale carenza dell'addestramento all'attenzione psicologica e per la mancanza di qualsiasi proposta volta al miglioramento delle capacità di comunicazione e delle competenze relazionali. Tuttavia va anche detto che in alcune Facoltà di Medicina sono state introdotte novità interessanti. Segno dell'importanza di queste problematiche, ma anche della sensibilità esistente sull'argomento. È certo che la formazione dei professionisti gioca un ruolo cruciale nella possibilità di riuscire a invertire l'attuale situazione critica, o per lo meno, a tentare di farlo.