

ASCOLTACI, O DOTTORÉ



SOPRA, **CURA ALLE STELLE** DI STEFANIA POLVANI (EDITORE BULGARINI, PP. 304, EURO 18). A DESTRA, **ALBERTO SORDI** NEL **MEDICO DELLA MUTUA** (1968) E IL **DECALOGO** DELLA ASL DI FIRENZE

dalla nostra inviata
Claudia Arletti

Ricordare che i malati sono persone e non organi. Aiutarli a esprimere i loro dubbi. Spegnerne i telefoni. Così la Medicina Narrativa detta le regole. Per curare con la **comunicazione**

FOLIGNO (Perugia). I malati, in ospedale, il nome non ce l'hanno quasi mai. «Il rene della stanza 5», «la Tac del 4», «la mammo del 18»: sembra che sia più pratico e veloce indicarli con il numero del letto, con l'esame specialistico che li attende o direttamente con l'organo da curare. La parte per il tutto, potremmo dire. Pratico, veloce, e straniante, dentro un sistema dove il medico non è certo il "guaritore ferito" che aveva in mente il filosofo Hans-Georg Gadamer: ferito in quanto partecipa della sofferenza altrui, in quanto lui stesso un po' "malato".

COME UN CLIENTE

Eppure anche in Italia si sta affermando un nuovo modo di pensare, che è anzitutto uno stile per curare, dove la relazione tra paziente e "guaritore" diventa centrale. Si chiama Medicina Narrativa e l'*Enciclopedia Treccani* la definisce così: «Metodologia che stimola la narrazione, da parte del paziente, del proprio stato di malattia, nell'intento di dare senso e quindi sollievo alla sofferenza, di favorire la creazione di un rapporto di fiducia e comprensione tra

LA MEDICINA NARRATIVA

METODO CHE STIMOLA NEL PAZIENTE LA NARRAZIONE DEL PROPRIO STATO, FAVORENDO LA COMPRESIONE DELLA PATOLOGIA E LA CURA





WEBPHOTO

DECALOGO DEL BUON MEDICO + DECALOGO DEL BUON PAZIENTE

| | | |
|--|------------------------------|--|
| VORREI CHE IL PAZIENTE USCISSE DALL'AMBULATORIO INFORMATO SULLE PROPRIE CONDIZIONI E PROPENSO A SEGUIRE LA CURA | 1 HO UNO SCOPO | VOGLIO CAPIRE COS'HO, COSA DEVO FARE PER CURARMI, SE CI SONO ALTRE POSSIBILITÀ DI CURA E SE SONO IN BUONE MANI |
| NON DO PER SCONTATO CHE IL PAZIENTE SAPPIA GIÀ CHI SONO | 2 MI PRESENTO | PRESENTO AL MEDICO LA MIA PERSONA |
| FORNISCO AL PAZIENTE TUTTE LE INFORMAZIONI SUL SUO STATO DI SALUTE, IL TRATTAMENTO E LO STILE DI VITA DA SEGUIRE | 3 INFORMO | RIASSUMO AL MEDICO LE MIE CONDIZIONI DI SALUTE E LA MIA STORIA CLINICA |
| GUARDO IL PAZIENTE E OSSERVO LE SUE REAZIONI, MENTRE GLI DICO COSA HA E COSA DEVE FARE | 4 OSSERVO | GUARDO IL MEDICO MENTRE MI INFORMA SULLE MIE CONDIZIONI |
| USO STILE, LINGUAGGIO E TERMINOLOGIA CHE MI SEMBRANO ADEGUATI ALLA PERSONA CHE HO DI FRONTE | 5 MI FACCIO CAPIRE | RIPETO AL MEDICO QUELLO CHE MI SEMBRA NON ABBIA CAPITO DELLA MIA SITUAZIONE E DELLE MIE DIFFICOLTÀ |
| LASCIO SPAZIO AL PAZIENTE PERCHÉ POSSA ESPRIMERE LE SUE PERPLESSITÀ | 6 ASCOLTO | SMETTO DI PARLARE E CERCO DI CAPIRE COSA MI STA DICENDO IL MEDICO |
| AIUTO IL PAZIENTE A ESPRIMERE I SUOI DUBBI E ESEMPLIFICO LE INDICAZIONI TERAPEUTICHE | 7 ESPRIMO | DICO AL MEDICO QUEL CHE NON HO CAPITO, O CHE NON SONO SICURO DI AVER CAPITO BENE, E LE MIE PERPLESSITÀ |
| SONO SICURO CHE IL PAZIENTE ABBIA CAPITO COSA DOVRÀ FARE NEL MOMENTO IN CUI LAScerà L'AMBULATORIO? | 8 DUBITO | SONO SICURO DI AVER DETTO TUTTO IL NECESSARIO E DI AVER COMPRESO ESATTAMENTE COS'HO E COSA DEVO FARE? |
| CHIEDO AL PAZIENTE DI RIPETERE LE MIE INDICAZIONI | 9 CHIEDO | PONGO DOMANDE AL MEDICO, ANCHE SE MI SEMBRANO NON PERTINENTI O RIDONDANTI |
| RAFFORZO E CHIARIFICO LE INDICAZIONI TERAPEUTICHE | 10 CHIARIFICO | IL MEDICO HA FRAINTESO QUALCOSA? HO QUALCHE DIFFICOLTÀ CHE NON SONO RIUSCITO A COMUNICARE? HO CHIARI I PUNTI FONDAMENTALI DEL COLLOQUIO? |

malato e personale medico e di capire il quadro patologico individuale [...]. Qualche settimana fa a Foligno si è tenuto il sesto congresso nazionale di Medicina Narrativa: specialisti, medici di base, infermieri e studenti, a fare il punto di questa disciplina che (ri)mette insieme il sapere scientifico e l'intelligenza emotiva, le tecniche diagnostiche sofisticate e l'antica capacità all'ascolto. Troppa teoria? Entriamo, allora, dentro gli ambulatori.

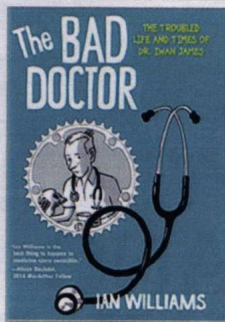
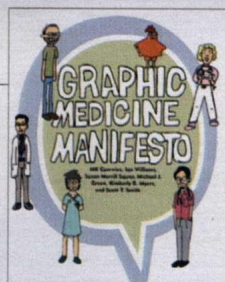
18 SECONDI

Il paziente è un cliente, azzardava nel 1940 l'americano Carl Roger, promotore di una psicologia "umanistica". Un cliente da trattare con i guanti bianchi. Invece, analizzando 1.500 video, lo psicologo Egidio Moja ha calcolato che il medico tende a interromperlo appena 18 secondi dopo l'inizio della visita. Una ricerca che la sociologa Stefania Polvani, coordinatrice del laboratorio di medicina narrativa dell'Asl 10 di Firenze, riporta nel suo *Cura alle stelle* (editore Bulgarini), un libro ricco (e godibile) sull'argomento. Diciotto secondi contro i venti minuti auspicati da Umberto Veronesi quando era ministro della Sanità. Lo scienziato forse esagerava, perché sembra non sia tanto la quantità del tempo a garantire un'anamnesi ben confezionata, bensì la qualità della comunicazione. Però colpiva nel segno.

QUANDO ERA MINISTRO DELLA SANITÀ, VERONESI DICEVA CHE UNA VISITA DEVE DURARE NON MENO DI 20 MINUTI

Lo sa bene Massimo Mammucari, medico di famiglia romano, che racconta la storia di un bambino di sei anni portato dalla pediatra per una forma di intolleranza alimentare non chiara: lui si dispera, la dottoressa spazientita taglia corto e diagnostica la celiachia, prescrivendo una dieta senza glutine. «Una dieta mantenuta per ben tre anni. Il bambino era solo spaventato, avrebbe voluto dire "piango perché ho tanto male di pancia e il dolore è più forte quando bevo il latte", ma non gliene è stato dato il modo». Era intollerante al lattosio, non celiaco. Oggi fa il medico. E non dimentica lo smarrimento di quel se stesso piccolo: «Quando sto per trarre la conclusione diagnostico-terapeutica chiedo sempre: "C'è altro che pensa valga la pena di discutere insieme?"».

liachia, prescrivendo una dieta senza glutine. «Una dieta mantenuta per ben tre anni. Il bambino era solo spaventato, avrebbe voluto dire "piango perché ho tanto male di pancia e il dolore è più forte quando bevo il latte", ma non gliene è stato dato il modo». Era intollerante al lattosio, non celiaco. Oggi fa il medico. E non dimentica lo smarrimento di quel se stesso piccolo: «Quando sto per trarre la conclusione diagnostico-terapeutica chiedo sempre: "C'è altro che pensa valga la pena di discutere insieme?"».



THE BAD DOCTOR (2014) È CONSIDERATO IL MANIFESTO DELLA GRAPHIC MEDICINE. L'AUTORE È IL MEDICO BRITANNICO IAN WILLIAMS

AIUTO, MI È VENUTA LA REATTANZA

Per i medici che vanno di fretta, per quelli che guariscono un osso rotto come maghi ma si dimenticano di chiedere se in passato ci siano state altre fratture (dettaglio che potrebbe rivelare patologie occulte), per coloro che sono digiuni di tecniche comunicative, per i timidi e per chi è oberato di lavoro, la visita è quasi sempre un racconto caotico, dove il paziente seleziona cosa dire e cosa tacere, dando luogo a fraintendimenti di cui è la prima vittima, ma vittima sul serio.

Prendiamo la *non compliance*, lo stravagante fenomeno per il quale un malato non segue la terapia prescritta. Come riporta Pgeu (Pharmaceutical Group of the European Union), questa ritrosia ogni anno causa in Europa la morte di 194 mila persone. A molti medici appare incomprensibile: un'ostinazione folle. Giorgio Bert, autore del breve saggio *Ma perché non fa quel che le ho detto?* (Edizioni Change) ha però studiato il fenomeno e ne ha messo in fila le ragioni. Il primo ostacolo? Le convinzioni del paziente sulla salute in genere e sulla propria; poi intervengono i pregiudizi (sul sistema sanitario, sulle cure, ecc.); il bagaglio delle conoscenze (ciò che il paziente sa o crede di sapere); le paure, le speranze, le convin-

zioni non razionali e, non ultima, la *reattanza psicologica*, cioè la sensazione che la prescrizione limiti la libertà individuale. Come se ne esce?

TRA PUGNI E LAME

I "guaritori" della Medicina Narrativa – in Italia e all'estero – hanno messo a punto tecniche di ogni tipo, partendo dall'assunto che la relazione terapeutica non è un monologo ma un dialogo, e il medico non è un "erogatore di prestazioni", bensì una persona con una sua storia, con le sue emozioni. Ci sono specialisti che videoregistrano le visite, per poterci riflettere in un secondo momento (strada quasi impraticabile per un medico di base). Sono stati redatti decaloghi (come quelli affissi in tutti gli ambulatori della Asl di Firenze con il programma Name, NARRative MEDicine). Durante i convegni, sul web come nei saggi, e ora in alcuni corsi universitari, si insegna a scandire bene le parole, a sottolineare i momenti salienti del discorso con frasi come «è molto importante»; si invita a usare metafore tipo «questo dolore è

CI SONO PAZIENTI CHE NON SEGUONO LE TERAPIE. E IL MOTIVO NON È SOLO L'OSTINAZIONE

più un pugno nello stomaco o una lama?»; sono state affinate tecniche per intervenire il paziente con delicatezza ma fino in fondo, così da comporre un'anamnesi minuziosa ed esauriente; si insegna come dare le brutte notizie e anche a non trascurare l'arredamento dello studio, perché una sala d'attesa sciatta può influire negativamente sullo stato psicologico del paziente e un computer piazzato sulla scrivania come un tramezzo inibisce la conversazione. Vietate le interferenze: lo squillo improvviso del telefonino, l'andirivieni di persone nella stanza, i rumori provenienti dall'esterno.

Sono fiorite associazioni come Slow Medicine. E, siccome dalla narrazione all'arte il passo è breve, è nata anche la *graphic medicine*: fumetti di successo come quelli di Ian Williams, medico-disegnatore britannico, e di Paco Roca, che con *Rughe* ha raccontato l'Alzheimer.

URGO-LOGO-IATRA

A Foligno ha tenuto banco Luigi Tesio, docente di Medicina fisica e riabilitativa alla Statale di Milano. Seguiamolo. Ci sono i *logi*: neurologi, cardiologi, dove la parola greca *logos* evoca conoscenza e compassione. Ci sono i *chirurghi*, coloro che *fanno* (da *ergon*, fare); e ci sono gli *iatri*, che curano la persona nella sua interezza (da *iatrós*). «La fisioterapia oggi è la Cenerentola della biomedicina perché lo *iatra* non ha né *logos* né mani: ci prova. È il prototipo del clinico, colui che si china sul malato, e perde appeal perché la medicina basata sul dialogo è considerata roba da buoni, non da bravi».

Così la signora Rosina che parla delle sue cadute è solo noiosa: «Se cammina male, non è lei ad avere un problema: dietro ci sarà un pezzo che non funziona. Si prescrivono analisi su analisi, alla continua ricerca di un *dietro*, in una corsa riduzionista senza fine». Ecco perché «prosperano le cure alternative: perché guardano all'interessa del paziente» conclude Tesio. E la Medicina Narrativa? «Deve iniziare a dimostrare in modo scientifico, risultati statistici alla mano, che mettere al centro la relazione con il malato funziona. Altrimenti resterà figlia di un Dio minore».

Claudia Arletti