

**Congresso internazionale per studenti e giovani professionisti dell'area biomedica
Con innocenza e con purezza custodirò la mia vita e la mia arte. Realtà o utopia?
Roma, 23-24 ottobre 2010
Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"**

III sessione

**LA RELAZIONALITÀ NELLE ATTIVITÀ SANITARIE:
VALORE AGGIUNTO O REQUISITO ESSENZIALE?**

Le criticità emergenti della relazione interpersonale in medicina

S. Mencaroni

Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri - Azienda Usl 1 Massa e Carrara

La sessione che affrontiamo stamani ha come tema quello della relazionalità e del suo rapporto con le attività sanitarie. La scelta del termine "attività sanitarie" riflette una delle caratteristiche principali di questo congresso, ossia il suo carattere interdisciplinare.

L'importanza della relazionalità in sanità si fonda sul fatto che l'agire medico è basato su una relazione a due, quella fra il medico ed il paziente; storicamente tale relazione non è stata paritaria, ma fortemente sbilanciata verso il medico, che con le sue competenze e il suo bagaglio di nozioni era decisamente il centro di ogni processo di cura.

In questo approccio originale, la capacità relazionale richiesta era limitata all'esigenza di impostare una comunicazione univoca di informazioni (raccogliere anamnesi, segni e sintomi) e di generare un flusso di informazioni ancora univoco, ma in senso inverso (dal medico al paziente), relativo stavolta alle cure da eseguire.

Nonostante questo tipo di rapporto non richiedesse specifiche competenze comunicative, la figura del professionista sanitario è sempre stata vista come un punto di riferimento relazionale della società dove opera; si pensi ad esempio al ruolo tradizionale del farmacista e del medico nella cultura degli inizi del secolo scorso.

La relazione dunque è un prerequisito dell'agire sanitario fin dalla sua origine, ma per molto tempo è stata una "relazione semplificata". Gli elementi più complessi ed evoluti, capaci di generare la reciprocità e l'empatia, per molto tempo non sono stati considerati come requisiti della professionalità sanitaria, ma come un "valore aggiunto"; un tratto non essenziale del professionista che poteva renderlo "più gradevole", ma non

necessariamente più bravo nello svolgere la sua attività di cura e di assistenza alla persona.

Questo equilibrio si è mantenuto molto a lungo, ma negli ultimi decenni la medicina vive profonde trasformazioni che interessano tutte le sue dimensioni e portano con sé nuove sfide.

Proveremo ad accennare a tre dimensioni di questo cambiamento, identificando tre criticità emergenti con cui le capacità relazionali di chi opera oggi in sanità devono sempre più confrontarsi.

Prima sfida - l'empatia

La prima sfida nasce all'interno di questa dinamica di relazione a due; nella sessione conclusiva del nostro congresso, dedicata alla professionalità, vedremo ancor meglio che saper stabilire in maniera appropriata tale relazione viene oggi considerata una qualità necessaria, accanto alla competenza tecnica, per essere un buon medico, farmacista, fisioterapista, infermiere, ecc., accanto naturalmente alla competenza tecnica.

Questa è forse la più grande e più sentita problematica emergente, tanto che l'attenzione dedicata in letteratura al rapporto fra sanitario e paziente è da anni in costante crescita. E' stato teorizzato da Roter che il paradigma medico del XXI secolo sia centrato sulla relazione, così come nel secolo passato è stato incentrato sulle scienze chimiche e molecolari¹.

L'aumento della diffusione delle informazioni e l'affermarsi del concetto di salute come diritto del cittadino (se non come bene di consumo a sua disposizione) fa sì che l'operatore del settore salute è chiamato a interfacciarsi non più con un singolo malato che chiede aiuto, ma con un gruppo di portatori di interesse, consapevole del proprio diritto di essere a tutti i livelli parte dei processi sanitari che lo riguardano, anche quelli decisionali e programmatici.

Profondi cambiamenti culturali sono intervenuti a modificare il rapporto con la malattia e con le cure mediche. Il fatalismo e la rassegnazione di fronte all'ineluttabilità della sofferenza hanno ceduto il passo alla diffusa mentalità del diritto al benessere della persona, che viene vissuto come un diritto assoluto e spesso incondizionato.

Si riduce la tolleranza all'errore, all'inefficienza, alla sofferenza legata alle cure e ai loro effetti collaterali.

Si diffonde infine l'idea che la medicina abbia il compito di assicurare ciò che non può essere assicurato: l'eliminazione della sofferenza e il fisiologico declino dell'organismo.

In questo contesto il sanitario si trova non solo a dover rendere conto del proprio operato, ma anche a giocare il ruolo di informatore ed educatore, riconducendo le attese del paziente a ciò che è possibile offrire, spesso conducendolo per mano in un percorso che si conclude necessariamente con l'accettazione, possibilmente serena e non traumatizzante, della sofferenza e della morte.

E' chiaro con queste premesse come la comunicazione unidirezionale descritta prima non sia più sufficiente a costruire una relazione efficace.

E' necessaria una capacità più profonda di interagire con la persona, di porsi nella sua stessa prospettiva e di comunicare nel contempo al paziente di aver compiuto questo passo.

In una parola, è necessaria l'empatia, intesa come “la capacità di comprendere che cosa sta sperimentando un'altra persona dall'interno del suo sistema di riferimento; in altre parole, la capacità di mettersi nei panni dell'altro.”ⁱⁱ

Questa capacità, che può essere trasmessa e appresa, presuppone la costruzione di un rapporto relazionale particolarmente efficace, capace prima di tutto di superare i frequenti “ostacoli alla comunicazione” che nella pratica quotidiana vengono posti da parte del professionista sanitario, dando al paziente l'impressione di non essere ascoltatoⁱⁱⁱ. Pensiamo alla fretta e alla distrazione, all'uso di un linguaggio tecnico e all'esclusione del paziente dalla conversazione, in cui spesso assume contemporaneamente il ruolo di spettatore e oggetto.

Oltre all'eliminazione di questi ostacoli, la relazione empatica richiede la capacità di dare al paziente la sensazione concreta di essere al centro del processo di cura e dell'attenzione del professionista, come se fosse “la sola persona che si incontrerà durante la giornata” (F. Caretta).

Tutto ciò richiede un atteggiamento di profondo ascolto, non limitato alla capacità uditiva e alla concentrazione sul messaggio che si riceve: è necessario un profondo distacco interiore da sé stessi, facendo tacere la “comunicazione interna”, che avviene all'interno di chi ascolta, fatta di giudizi e valutazioni, per giungere ad accogliere incondizionatamente l'altro (F. Caretta)

Oltre a questo, è necessaria la capacità di comunicare al paziente l'avvenuta immedesimazione nei suoi problemi e nel suo stato interiore. Anche qui, il tipo di comunicazione richiesto presuppone una capacità empatica molto approfondita. Un'espressione efficace è quella del “farsi uno”, che significa sapersi mettere nella

situazione dell'altro, comprendere veramente i suoi problemi e bisogni, facendosi carico dei suoi pesi e delle sue sofferenze.^{iv}

Come verrà spiegato da Teodoro Marotta nella relazione successiva, la condotta empatica rende più efficace il processo di raccolta delle informazioni e migliora la qualità della diagnosi, aiuta il paziente a diventare parte attiva dei percorsi terapeutici, aumentandone l'efficacia e migliorando l'adesione alle cure (Halpern)^v, riduce il contenzioso e a lungo termine rende superflui i comportamenti difensivi degli operatori, incrementando l'efficienza e l'efficacia dei processi di cura.

Seconda sfida - l'interdipendenza

Allargando il campo della nostra riflessione, consideriamo il rapporto di crescente dipendenza che esiste nella sanità moderna fra i vari attori dei percorsi assistenziali e socio-assistenziali.

La stessa definizione di salute dell'OMS "completo stato di benessere fisico, psicologico e sociale" implica i concetti di rete di servizi, integrazione delle competenze, presa in carico della persona nella sua totalità.

Dall'essere incentrata in un rapporto esclusivamente a due, la relazione medico-paziente diviene quindi il centro di un sistema composto da molteplici figure professionali che operano in maniera integrata e in profonda integrazione.

Il continuo incremento della complessità tecnologica e delle potenzialità dell'agire medico portano la necessità di confrontarsi con una serie di tematiche anche molto lontane dal mondo sanitario, per l'esigenza ormai quotidiana di trattare con problematiche economiche, con le esigenze informative e di scambio di dati dei sistemi sanitari complessi, con le implicazioni giuridiche ed etiche degli atti medici relativi alla gestione del fine vita, con le problematiche sociali e morali sollevate dallo sviluppo dell'ingegneria genetica.

Il denominatore comune di queste problematiche è quello dell'interdipendenza, ossia la condizione in cui l'azione di un elemento del sistema condiziona le possibilità di azione e le condizioni di tutti gli altri.

La consapevolezza di queste interazioni reciproche, e la capacità di tenerle in considerazione, è un prerequisito essenziale per il funzionamento dei servizi sanitari moderni, ed è richiesta ad ogni professionista che opera nel sistema-salute.

La capacità empatica diventa quindi di nuovo un requisito essenziale per poter agire efficacemente nell'equipe sanitaria, ed un requisito della professionalità.

E' esperienza comune di chi opera nel mondo della salute, specialmente in ambito organizzativo, vedere come le problematiche di più difficile risoluzione siano quelle originate da conflitti relazionali, e di come il superamento dei conflitti all'interno del posto di lavoro abbia un impatto immediato ed efficace nel migliorare la qualità dell'assistenza.

Terza sfida - la reciprocità

La medicina come disciplina vive un mutamento analogo e consequenziale a quello delle sue dinamiche relazionali: da scienza del singolo che agisce basandosi principalmente sulla propria esperienza e sul proprio bagaglio culturale, rappresentando egli stesso l'unica risposta possibile ai problemi di salute, l'esercizio di una professione sanitaria diviene una attività basata sulla capacità di attivare e integrare risorse e competenze.

La possibilità di dare una risposta efficace ai bisogni di salute ha come elemento chiave l'attività della rete assistenziale e la sua capacità di gestire le risorse, di allocarle con efficacia, di moltiplicarle creando sinergie operative.

In altre parole, ciò che è richiesto va oltre il semplice confronto costruttivo fra professionisti diversi, consapevoli del fatto che l'azione di uno condiziona l'attività dell'altro (interdipendenza), ma deve aprirsi ad una dinamica di relazione virtuosa che riesca a generare potenzialità e risorse nuove, in quantità maggiore della somma dei singoli contributi (sinergia).

Identifichiamo tale modalità di relazione nella reciprocità, intesa come dimensione ulteriore della relazione interpersonale, che non implica solo l'ascolto, ma la profonda comprensione dell'altro, il fare propri pensieri, sensibilità e vissuti fino a suscitare nell'altro una risposta analoga che conduce ad un reciproco arricchimento, rafforzando nel contempo l'identità dei ruoli^{vi}.

Conclusione

Le sfide emergenti delle dinamiche relazionali in sanità originano da e riflettono i cambiamenti culturali, metodologici, tecnologici e sociali che insistono sull'agire medico. Tali sfide richiedono al professionista sanitario l'acquisizione di capacità di relazione e comunicazione peculiari e approfondite, la cui mancanza rischia di compromettere il buon esito della presa in carico e della risposta efficace ai bisogni assistenziali complessi.

-
- i Roter D. "The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship". *Patient Educ Couns* 2000; 39: 5-15
- ii *PS Bellet, MJ Maloney. JAMA 1991; 266: 1831*
- iii Caretta F. "La dimensione relazionale in medicina: il rapporto con il paziente".
- iv AA. VV. "Per una sanità di comunione. Il carisma dell'unità e la medicina". Associazione Culturale Medicina Dialogo e Comunione, Roma, 2004 p.42
- v Halpern J. "From detached concern to empty: humanizing medical practice." Oxford University Press, New York 2001
- vi Fratta A. "Presupposti della reciprocità" Atti del Congresso Internazionale "Comunicazione e Relazionalità in Medicina- Nuove prospettive per l'agire medico", Roma 16-17 febbraio 2007