

Lucia Giudetti Quarta  
Alan Pampallona



Relazione di cura e complessità

*Prefazione di Eugenio Borgna*



Fondazione  
Giancarlo Quarta  
ONLUS

La sofferenza dei malati gravi e dei familiari, vista da vicino e da dentro, permette di condividere il grande valore del rapporto con i medici e il personale sanitario.

In questo legame, malato e familiari investono ampie attese di comprensione, di aiuto, non sempre corrisposte. Le parole di chi cura possono generare conseguenze piacevoli e spiacevoli. Spesso a far crescere la sofferenza emotiva non è solo *cosa* viene comunicato, è soprattutto *come*.

Come aiutare chi soffre? A questo ha pensato l'autrice quando non ha potuto più aiutare il marito.

Ha scelto di orientare il suo contributo ai medici: la prima relazione è con loro e costituisce, nella complessità del contesto clinico, le fondamenta che daranno solidità o fragilità al percorso di cura.

Offrire ai medici una modalità per sviluppare le abilità di relazione e ricevere maggiore soddisfazione dai pazienti è il senso del Progetto Ippocrates qui presentato: aiutare i medici ad aiutare i pazienti, dare loro soddisfazione perché offrano soddisfazione, attivando un processo di amplificazione positiva e reciproca.



Anche  
le parole  
curano

Lucia Giudetti Quarta  
Alan Pampallona

**Anche le parole curano**

Lucia Giudetti Quarta  
Alan Pampallona  
Fondazione Giancarlo Quarta Onlus

Editing  
Giuseppe Ceretti

Art direction  
Maurizio Minoggio

Grafica e impaginazione  
Spaghetti Design

Fotografie  
Matteo Fiacchino

Testi composti  
in Adobe Garamond Pro  
PMN Caecilia

Seconda edizione  
Novembre 2014

Copyright  
Fondazione Giancarlo Quarta Onlus

Fondazione Giancarlo Quarta Onlus  
via Baldissera 2/a, 20129 Milano  
telefono 02 29514725  
info@fondazionegiancarloquarta.it  
www.fondazionegiancarloquarta.it



Relazione di cura e complessità

*Prefazione di Eugenio Borgna*



Fondazione  
Giancarlo Quarta  
ONLUS

*a Clara, Franca,  
Nino e Ottorino,*

*a coloro  
che hanno sofferto  
o stanno soffrendo  
per una grave malattia,*

*a coloro  
che “anche con le parole”  
sapranno prendersi cura  
di chi soffre.*

*Al termine di un progetto durato oltre due anni, sarebbe impossibile ringraziare una per una tutte le persone che, in vari modi, hanno fornito il loro prezioso contributo. Chiedendo anticipatamente venia agli altri, un sentito grazie:*

*agli oltre 5000 pazienti che hanno dato il loro fondamentale apporto al Progetto Ippocrates, ai medici dell'Istituto dei Tumori di Milano che ci sono stati vicini: Enrico Regalia, Filippo De Braud, Giuseppe Procopio, Roberto Buzzoni, Laura A.M. Ferrari, Vincenzo Mazzaferro, Mario Santinami, Roberto Patuzzo, Alessandro Gronchi, Marco Fiore, Martin Langer, Daniela Codazzi, Ugo Pastorino, Luca Tavecchio, Francesco Leo; a tutti gli altri medici che hanno collaborato e al personale sanitario e amministrativo;*

*al presidente dell'Istituto Giuseppe De Leo, al direttore generale Gerolamo Corno, al direttore sanitario Vito Corrao e al direttore scientifico Marco A. Pierotti per il loro sostegno; al direttore dell'ufficio relazioni con il pubblico Roberto Mazza e alla dottoressa Claudia Borreani per la loro disponibilità;*

*alla Fondazione Cariplo, a Gino Rebosio, Camillo Regalia, Roberto Protasoni e Giuseppe La Spada per l'aiuto prestato.*

## Indice

- 11 Prefazione  
**Le parole sono creature viventi**
- 15 Prefazione alla prima edizione  
**La dignità delle parole di fronte alla sofferenza**
- 19 Introduzione  
**Dai primi passi alla ricerca intervento**
- 24 Capitolo primo  
**In cammino sul sentiero del cambiamento**  
• Intervista con Lucia Giudetti Quarta
- 38 Capitolo secondo  
**La nascita del Progetto Pilota Ippocrates**  
• Da un percorso di cura a un nuovo modello formativo  
• Il Progetto di Ricerca Intervento svolto all'Istituto Nazionale dei Tumori  
• Volti e cifre del progetto
- 72 Capitolo terzo  
**La Metodologia Relazionale Ippocrates**  
• Il Modello Relazionale Ippocrates  
• Viaggio in un mondo dalle regole sconosciute
- 100 Capitolo quarto  
**Efficacia del Progetto**  
• Rilevazione e misurazione dell'efficacia  
• I risultati  
• Considerazioni
- 124 Capitolo quinto  
**Il successo della relazione medico - paziente**  
• Sette storie di pazienti
- 170 Capitolo sesto  
**L'incontro tra neuroscienze e relazione di cura**  
• Intervista con Alan Pampallona
- 184 **Carta d'identità della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus**
- 188 **Bibliografia**

Prefazione

## Le parole sono creature viventi

di Eugenio Borgna

Le parole sono creature viventi, la metafora è di un grande scrittore austriaco, Hugo von Hofmannsthal, e questo libro ne è una splendida testimonianza.

Ci sono parole che curano, e ampliano gli orizzonti della speranza, e ci sono parole che feriscono, e lacerano, l'anima. Delle une, soprattutto, ma anche delle altre, si occupa questo libro che si legge con grande emozione, e che immerge il tema delle parole, che curano, nel cuore delle esperienze relazionali fra medico e paziente.

Sono sei i capitoli che compongono il libro, e ne vorrei ora riassumere gli sviluppi tematici essenziali. Il primo capitolo è costituito dalla bellissima intervista che è stata fatta a Lucia Giudetti Quarta alla quale si deve la costituzione della Fondazione Giancarlo Quarta: dedicata alle relazioni di cura nelle malattie gravi. Dalla intervista vorrei stralciare un frammento di discorso che definisce molto bene gli orizzonti di senso delle parole in medicina. *“Ma la parola di un medico, quando esercita la sua funzione, è uno strumento del suo armamentario, è proprio come un bisturi. Va usata con la massima precauzione, perché può provocare danni*

*seri, talvolta irreversibili. D'altro canto, l'ascolto e la parola sono medicina, accompagnano e integrano la pratica clinica e, anche se la prudenza è d'obbligo, curano. La parola è liberazione*". Nel solco di questi pensieri si svolgono gli altri capitoli che a mano a mano ci consentono di approfondire la importanza delle parole nella cura, nella comprensione dei significati umani e psicologici del dolore, e nelle articolazioni pratiche del Progetto Ippocrates che la Fondazione Giancarlo Quarta ha promosso.

Nel secondo capitolo sono delineate le strutture portanti della ricerca in ordine agli atteggiamenti dei medici, e ai bisogni dei pazienti, nella scia di quelle che sono state le esperienze di Lucia Giudetti Quarta nel corso del lungo periodo di ospedalizzazione del marito. Dal terzo capitolo riemergono le linee del modello relazionale che è alla base del progetto di ricerca orientata a consentire ai pazienti di comprendere razionalmente il senso della malattia e della cura, e al medico di farsi comprendere. La descrizione delle esperienze vissute in alcuni pazienti mette in struggente evidenza quello che avviene nella loro vita interiore al momento del dolore e della malattia.

Un altro capitolo, il quarto, si confronta con la rilevazione e la misurazione della efficacia del metodo di intervento che si è svolto nell'Istituto nazionale dei tumori di Milano nel 2012 e nel 2013, e che ha condotto a risultati di una grande importanza. Sono stati incontrati oltre 5000 pazienti, e di questi circa 4200 hanno accettato di collaborare ad una intervista nel corso della

quale sono stati stimolati a cogliere, e a raccontare gli aspetti positivi del loro percorso di cura. Lo svolgimento del progetto ha fatto riemergere la radicale importanza che ha la relazione nella pratica clinica del medico, e anche nella personalizzazione dell'incontro con il paziente.

Il quinto capitolo dimostra in particolare come dalla storia della vita di alcuni pazienti rinasca la grande significazione umana e psicoterapeutica che nelle relazioni di cura assume la comunicazione non-verbale: quella, ad esempio, che si esprime nel gesto, apparentemente banale e insignificante, di stringere la mano; e a questo riguardo vorrei ricordare come Paul Celan, il più grande poeta di lingua tedesca del secolo scorso, abbia una volta scritto che avrebbe volentieri sacrificato i suoi poemi in cambio di una stretta di mano palpitante di vita.

Nel sesto, e ultimo capitolo, Alan Pampallona, autore con Lucia Giudetti Quarta del libro, si confronta con il tema delle correlazioni possibili fra neuroscienze e relazione di cura, e si chiede, non sapendo nondimeno per ora dare una risposta, se, e quanto, le parole e i comportamenti del medico possano incidere sulle condizioni cliniche del paziente. Ma, in ogni caso, egli sottolinea come questo sia un problema aperto ad ulteriori ricerche, e come, sulla base di una indagine svolta a Parma, non sia stata esclusa una correlazione statisticamente significativa fra le capacità relazionali del medico, e il decorso della malattia diabetica; e ancora come in una altra ricerca del 2001 sia stato dimostrato quanto

le parole del medico concorrano nel modificare la risposta dei pazienti agli stimoli dolorosi, e quanto le aspettative positive sulla assunzione dei farmaci ne migliorino gli effetti analgesici.

Si esce affascinati dalla lettura di questo libro che consente davvero di conoscere come le parole, che i medici dicono ai pazienti, e i modi con cui esse sono dette, abbiano una radicale importanza non solo al fine di rispettare la dignità e la libertà dei pazienti ma anche al fine di mitigarne la sofferenza e la solitudine, e di dilatarne le risonanze terapeutiche. Un libro straordinario: scritto, e vissuto, con una profondità e una discrezione, con una passione della speranza e una partecipazione emozionale alla sofferenza della malattia, che destano stupefatta ammirazione, e gratitudine. Un libro che dovrebbero leggere e meditare non solo i medici, e chi opera in ospedale, ma anche chi si ammala, e i loro familiari. Un libro che nasce dal cuore, e che resta nel cuore, alla luce di una speranza che non morirà mai: quella di ritrovare ogni volta, e ad ogni incontro con la malattia, parole che siano portatrici di cura.

Prefazione alla prima edizione

## La dignità delle parole di fronte alla sofferenza

Tra le infinite definizioni del sostantivo “parola” che si trovano sui tanti dizionari della nostra meravigliosa lingua, una colpisce in modo particolare e va dritta al cuore e alla mente ed è: “Rivelazione”.

La parola che svela, che apre uno squarcio nel buio delle nostre menti. Potenza e fascino della parola.

Questo libro, frutto e sintesi di un lungo lavoro della nostra Fondazione, affonda le sue radici nell’humus della parola quale strumento straordinario di cura: le parole curano, ma anche la cura delle parole.

Non c’è diagnosi, non esiste referto clinico senza lettura, senza parola che lo sveli. Strumento affilato che può essere fonte di ristoro dell’anima o tramite inconsapevole di dolore che si aggiunge a dolore e sofferenza. Lo abbiamo imparato sui banchi del liceo che persino una virgola muta il destino: chi non ricorda “ibis, redibis, non morieris in bello”? Se si sposta la maledetta virgola dopo il non, tutto cambia.

Il percorso che qui proponiamo, attraverso un modello e la ricerca che ne consegue, intende restituire alla parola la dignità che le compete, soprattutto di fronte a esseri umani resi vulnerabili dalla sofferenza. Per queste ragioni facciamo nostre le riflessioni

dello psichiatra Eugenio Borgna, illustrate nel suo ultimo lavoro: *“La fragilità che è in noi”* (Giulio Einaudi Editore).

Non potevamo trovare parole più coerenti con il percorso della nostra esplorazione.

Scrivo Borgna nel capitolo intitolato “Le parole fragili”: *“...In un bellissimo libro di David Khayat, grande oncologo francese, è radicalmente sottolineata l'importanza psicologica e umana delle parole che si rivolgono ai pazienti, e che ne rispettano, o ne lacerano, la dignità e la fragilità. La chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia sono ovviamente strumenti essenziali di cura dei tumori, ma a esse è necessario aggiungere, egli sostiene, un altro strumento: quello delle parole.*

*Le parole che si dicono, come quelle che si ascoltano; le parole che si condividono, che ci uniscono, che riconfortano, o quelle che feriscono. Le parole sono dotate di un immenso potere: sono in grado di aiutare, di indicare un cammino, di recare la speranza, o la disperazione, nel cuore dei malati che, nel momento in cui scendono nella voragine della sofferenza, hanno un infinito bisogno di dare voce alle loro emozioni e al loro dolore, che è dolore del corpo, e dolore dell'anima. Quante persone ferite dalla malattia sono lacerate dalle parole troppo violente, troppo dure, troppo inumane, che i medici rivolgono loro. Una diagnosi comunicata in un corridoio o a una segreteria telefonica, un gesto ambivalente che lascia presagire indifferenza o preoccupazione, uno sguardo sfuggente nel momento di rispondere a una domanda: tutto può causare angoscia e disperazione. Così, è necessario scegliere parole che possano essere subito comprese, e che non feriscano. Questo è il compito, non facile ma necessario, di chi cura:*

*creare relazioni umane che consentano al malato di sentirsi capito e accettato nella sua fragilità, e nella sua debolezza.*

*Come dice ancora David Khayat: egli mai avrebbe potuto pensare, all'inizio della sua carriera di oncologo, che nella pratica clinica le parole gli sarebbero state utili come gli strumenti scientifici, ma è stato così; e la parte più importante dell'insegnamento, che egli avrebbe lasciato in eredità ai suoi allievi, sarebbe stato quello di ancorarsi, nella cura, alla bellezza morbida e plastica delle parole: al loro potere terapeutico.*

*Sulla scia di quali gentili parole è possibile dire a una paziente che la sua vita è in pericolo, e che sarà forse possibile salvarla, ma a costo di gravi mutilazioni? Le parole non sono incolori, non sono uniformi, non sono semplici e, solo se sgorgano dal cuore e dal silenzio, solo se sono fragili e gentili, umbratili e arcane, lasciano una traccia profonda nell'anima di chi sta male, e chiede aiuto divorato dall'angoscia e dalla disperazione.*

*Ma le parole, certo, non bastano: se i pazienti hanno la sensazione che non si sia avuto il tempo di ascoltarli, di comprenderli, di prendere coscienza delle loro sofferenze, penseranno che non tutto sia stato fatto per essere loro di aiuto...”*

Il ringraziamento al professor Borgna si accompagna a una duplice speranza: che questo lungo lavoro di ricerca possa tradursi in rinnovate e positive relazioni tra pazienti e medici e che le “parole che curano” siano il testimone, “semplice e naturale come l'acqua che sgorga da una sorgente”, per usare un'espressione cara a Etty Hillesum, consegnato alle attuali e alle future generazioni quale simbolo di una stagione di nuova solidarietà.

Introduzione

## Dai primi passi alla ricerca intervento

“Anche le parole curano” è la nuova tappa di un cammino iniziato dalla Fondazione Giancarlo Quarta dieci anni or sono e rappresenta il naturale e coerente sviluppo di un processo analitico che intende offrire strumenti d’ascolto e d’intervento nei rapporti di cura delle malattie gravi.

Il primo passo è stata la ricerca psicosociale di tipo esplorativo “La relazione medico - paziente in contesti critici”<sup>1</sup> dedicata ai malati affetti da patologie che mutano la qualità della vita. Tali persone hanno indicato l’importanza dell’ascolto per affrontare la propria condizione.

Alcune di queste testimonianze sono state raccolte e commentate nel testo: “Quello che i medici non fanno. La vita parallela alla malattia. Dieci storie di pazienti”.<sup>2</sup>

Di qui la decisione di avviare il Progetto Ucare, dedicato alle storie dei malati e a seminari di scrittura autobiografica. Con ciò abbiamo individuato un ulteriore tratto di percorso che dalla conoscenza approda al contributo. Nell’ambito di questo Progetto è stato infatti creato il sito *www.ucare.it*, dedicato alla raccolta e pubblicazione delle storie dei pazienti. Il sito è un luogo d’ascolto dedicato a rompere il silenzio che spesso circonda la malattia grave e con la missione: “Raccontare cura e noi ti ascoltiamo”.

Con altre attività, sempre caratterizzate dalla gratuità, la Fondazione ha fornito supporto psicanalitico all'elaborazione del lutto. Per diffondere l'importanza della corretta relazione di cura, il Progetto Ucare ha svolto tre Concorsi sul tema della sofferenza, della cura e della relazione medico - paziente:

- Premio Ucare per il Cinema, dedicato a giovani autori e rivolto a sceneggiature per cortometraggio di *fiction*. A conclusione del concorso è stato realizzato il breve filmato "Insula" sulla relazione medico - paziente, pubblicato sul sito della Fondazione.<sup>3</sup>

- Premio Ucare per l'Arte, sempre dedicato ai giovani e rivolto alla ricerca tematica nell'ambito di opere d'arte visiva. A conclusione del concorso è stato pubblicato il libro "Curare è un'arte". Il testo è anche pubblicato sul sito della Fondazione.<sup>4</sup>

- Premio Ucare per la Narrazione, dedicato ai medici e ai loro racconti di cura. I racconti premiati sono pubblicati sul sito della Fondazione.<sup>5</sup>

Per sensibilizzare le Aziende al tema del rientro al lavoro dei malati gravi cronici, la Fondazione ha svolto la Ricerca e il Convegno S.T.A.R.G.A.T.E.® (Strumenti e prassi di Tutela: Aspetti Relazionali per la Gestione dei collaboratori Ammalati critici che Tornano al lavoro dopo Esperienze di cura) sugli "aspetti relazionali del rientro al lavoro dei malati critici".

I risultati della ricerca, presentati al Convegno "People Care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali", sono pubblicati nel sito della Fondazione.<sup>6</sup>

Tutti i passaggi appena descritti hanno infine condotto alla ricerca - intervento sulla relazione di cura, oggetto di questo libro.

La sua caratteristica peculiare è quindi l'azione nel concreto a favore dei medici per aiutare i pazienti o, meglio ancora, per aiutare i medici ad aiutare, anche con le parole, i pazienti.

I vincoli temporali dei medici, impegnati nell'attività professionale e impossibilitati a seguire corsi di formazione, ci hanno condotto a cogliere un'opportunità: definire un processo formativo innovativo, con efficacia misurabile, rispettoso degli impegni dei medici e capace di offrire reciproca soddisfazione ai protagonisti del rapporto di cura.

Abbiamo progettato un nuovo tipo di processo formativo basato non solo sulla teoria ma anche:

- sulla valorizzazione dei comportamenti relazionali concretamente espressi dai medici e considerati soddisfacenti dai pazienti;
- sulla ripetizione e amplificazione delle stesse valide manifestazioni relazionali come conseguenza della valorizzazione e della soddisfazione ricevuta;

- su note metodologiche, relative all'efficacia delle varie modalità relazionali, fornite ai medici contestualmente alle valorizzazioni;

- sull'attivazione e sviluppo, nel contesto clinico di riferimento, di un sistema di retroazione dei comportamenti, delle soddisfazioni e delle valorizzazioni in grado di potenziare significativamente la qualità della relazione di cura.

Abbiamo offerto il Progetto Pilota all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e le pagine che seguono descrivono l'esperienza realizzata.

Nel primo capitolo presentiamo il percorso che ha motivato la nascita della Fondazione e delle sue attività. Nel secondo, parten-

do da una storia di cura e dalla complessità della relazione medico - paziente, descriviamo la struttura del progetto, il percorso che, dalle interviste ai pazienti, porta all'apprezzamento dei medici, ai *feed back* e alla progressiva trasmissione del *know how*.

Il terzo capitolo approfondisce il modello relazionale, il suo funzionamento e le logiche di efficacia: dai bisogni relazionali alle modalità argomentative; dai rinforzi al raggiungimento di obiettivi e risultati.

L'esemplificazione di alcuni reali casi di cura presenta il collegamento tra i bisogni relazionali descritti e la soddisfazione dei protagonisti del rapporto.

Il quarto descrive le misurazioni di efficacia svolte nel corso e alla fine del progetto e i significativi risultati raggiunti.

Il quinto capitolo è dedicato all'illustrazione, attraverso casi reali rilevati in Istituto, degli effetti delle differenti modalità relazionali sull'evoluzione del rapporto di cura.

Il sesto infine apre alle nuove interazioni tra neuroscienze e relazione di cura e allo studio delle conseguenze neurobiologiche delle varie argomentazioni di cura.

1. <http://www.fondazionegiancarloquarta.it/documenti-intro/ricerche.html>
2. <http://www.fondazionegiancarloquarta.it/documenti-intro/libri.html>
3. <http://www.fondazionegiancarloquarta.it/documenti-intro/video.html>
4. <http://www.fondazionegiancarloquarta.it/documenti-intro/libri.html>
5. <http://www.fondazionegiancarloquarta.it/tutte-le-notizie/305-premiocare-per-la-narrazione-2012-i-vincitori.html>
6. <http://www.fondazionegiancarloquarta.it/tutte-le-notizie/299-people-care-gli-atti-del-convegno.html>



Anche  
le parole  
curano



CAPITOLO PRIMO  
IN CAMMINO SUL SENTIERO  
DEL CAMBIAMENTO

## Intervista con Lucia Giudetti Quarta

di Giuseppe Ceretti

Un dolore, un dolore immenso che ti toglie il respiro. Quando accade pare che nulla possa lenire la sofferenza, che il tuo essere sia solo un fragile contenitore entro il quale si muovono sentimenti, passioni, ricordi. Si dice che sia una questione di tempo, ma quando perdi non una persona, ma “la” persona che ha segnato la tua vita, ti accorgi che ci vuole ben altro. Il tempo non basta se quelle ore, quei giorni, quegli anni non vengono colmati dall’azione che dà concretezza a ciò che si era insieme progettato, ai valori perseguiti e condivisi con chi non c’è più.

Esiste dunque un *prima* di felicità e un *dopo* velato di tristezza, ma c’è parimenti un *sempre* composto da parole quali ascolto, dignità, giovani, progetto, che sono lo splendido frutto di una vita condivisa da chi ora ti ha lasciato.

Così è per Lucia Giudetti. Giancarlo Quarta, suo marito, è morto nel 2003 dopo un sofferto percorso entro la malattia oncologica. Lucia, che nel suo sguardo naturale e diretto manifesta affabilità unita a una sensazione di forza e determinazione, ha individuato nel calvario percorso con suo marito il lato forse meno esplorato, più buio, più difficile da attraversare, perché non governato dalle relative certezze che possono derivare da un farmaco, da una cura:

le parole che accompagnano la sofferenza dei malati, dei familiari. Parole di medici, infermieri, tecnici, una lunga teoria di operatori, talvolta convinti che la presunta oggettività di un intervento terapeutico risolva il rapporto con l'infermo. Quando il lettore sfoglierà questo libro troverà non una, ma decine di volte verbi quali *conoscere, spiegare, approfondire*; ancora: *capire, incoraggiare*. Troverà persino, inaudita, la parola *scusa*, quando necessaria. Di relazioni umane si tratta, se vogliamo usare la definizione che non a caso affonda le sue radici nelle brillanti attività professionali e imprenditoriali di Giancarlo Quarta e Lucia Giudetti. C'è sì il male da affrontare, la scelta del farmaco per debellarlo o per lenire la sofferenza, ma ci sono anche le parole che curano, secondo il bel titolo di questo libro. Parole che curano è in fondo la definizione dell'intera attività della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus, è la missione voluta da Lucia Giudetti, circondata da un gruppo di amici e collaboratori appassionati che condividono l'avventura.

***Con lei riavvolgiamo il nastro degli eventi: quando, perché e come è nata la Fondazione Giancarlo Quarta?***

La Fondazione è nata nell'aprile 2004, nove mesi dopo la morte di Giancarlo, per costituire qualcosa che nel tempo lo ricordasse come persona e per i valori nei quali ha sempre creduto nel corso della sua vita professionale e privata. Quel qualcosa doveva essere vitale e non essere soltanto una modalità, pure importante, di

ricordo. Dovevo e volevo far sì che quel ricordo si trasformasse in qualcosa di duraturo nel tempo. E così è.

***Ci è voluto un bel coraggio e tanta forza. Un conto è la testimonianza, un gesto pur importante d'aiuto, altro è dar vita a una Fondazione e su una materia in apparenza tanto impalpabile, costruita sulle e con le parole che compongono l'edificio delle relazioni umane.***

Questa Fondazione, sin da quando è nata, si è avvalsa dell'aiuto di mirabili professionisti, oltre che cari amici. Senza il loro aiuto anche il mio lavoro a tempo pieno non avrebbe avuto la stessa forza ed efficacia. Sin dalle origini abbiamo creato un Comitato Scientifico composto da 40 persone. Lo so, dall'esterno può apparire un organismo pletorico, ma se sommi intelligenze e sensibilità e non posti da occupare, ecco che dall'orchestra di competenze nasce una composizione. Per restare in metafora, è dall'interazione di famiglie di strumenti che nasce la sinfonia. Così, anche il comitato scientifico è composto da vari gruppi: l'osservatorio giovani, le scienze umane, le scienze mediche, le attività aziendali, le attività professionali e con essi gli amici che sono da sempre al mio fianco in questo percorso, da Folco Fiacchino a Michele Oldani, da Giulio Cesareo a Giorgio Cirila, da Maurizio Minoggio a Norberto d'Amario. L'idea, insomma, è di far apportare da ciascuno contributi, il cui insieme sia maggiore della somma delle parti.

***Tante belle intelligenze riunite attorno al motore essenziale della sua persona. Con quali finalità?***

In un concetto: attenzione agli altri, in particolare per alleviare la sofferenza dei malati gravi e per sostenere i giovani nel loro processo di sviluppo personale e professionale. Queste tracce di impegno possono a un primo approccio apparire generiche, al contrario colgono appieno lo spirito che ha contraddistinto Giancarlo. Mio marito ha sempre avuto un particolare rispetto per ogni persona, sia nell'attività professionale che nella vita di ogni giorno. Rispetto della dignità di ciascuno, questa è stata la sua lezione di vita. Non dimenticherò mai la sensibilità e la discrezione con la quale ha teso una mano a tante persone, anche a giovani, per i quali nutriva una speciale simpatia.

***I giovani, prima ha citato l'osservatorio, ora il ricordo della particolare attenzione di suo marito. Perché?***

Giancarlo ha perso entrambi i genitori, per malattie gravi, quando non era ancora ventenne, con grande determinazione ha saputo reagire, affrontare il cambiamento e crescere. Al centro di questo libro ci sono progetti di cambiamento, di evoluzione. Questo libro nasce da un cambiamento e termina con un progetto di cambiamento. Perdoni se insisto con queste volute ripetizioni: le pare possibile che tutto ciò possa realizzarsi senza i giovani? Per noi era naturale. Sfogli le altre pubblicazioni

della nostra Fondazione, a partire dalla raccolta dei progetti per il concorso di ideazione del nostro marchio. Quanta intelligenza creativa in quegli uomini e donne di età compresa dai 18 ai 30 anni! Aiutarli è un dovere, verso noi stessi ed è una necessità per il Paese in cui viviamo.

***Dai concorsi alle attuali ricerche sul rapporto tra medici e pazienti sino al Progetto Ippocrates di cui conosceremo i contenuti nelle pagine di questo libro. Come si è sviluppato un simile processo?***

Per noi è stato un percorso naturale. All'inizio erano attività legate all'arte e alla sua storia, poi le ricerche sui giovani e la loro percezione del futuro mentre, di pari passo, iniziavano i lavori sui malati. Ma non c'è contraddizione, si tratta solo di sentieri diversi che portano a un'identica meta: ascoltare, ricercare, valorizzare e potenziare quanto di buono è già espresso. In altre parole: alimentare circoli, o meglio spirali virtuose. In particolare, chiunque voglia sfogliare le pagine del libro troverà gli strumenti che abbiamo utilizzato per fare questo, i rinforzi positivi entro i quali sono depositati i tesori già indicati: il rispetto della dignità umana, l'attenzione per gli altri. Il mestiere di un medico è composto non solo dal suo sapere strettamente clinico, ma anche dall'attenzione ai bisogni del malato, dalla disponibilità, dallo sforzo di comprensione. L'aiuto alle persone deboli e bisognose diventa dunque obiettivo primario non solo in nome di un im-

pulso caritatevole, ma in quanto formidabile strumento di cura, confermato da solidi fondamenti scientifici. Il capitolo di questo libro legato alle neuroscienze aiuta a comprendere tale concetto. Non dimentichiamo che la Fondazione è diventata Onlus nel 2008 per la ricerca scientifica di particolare interesse sociale.

***Faccio un piccolo passo indietro. Nelle sue risposte ritrovo spesso la parola dovere, un filo conduttore che pare accompagnare in ogni istante la sua azione. Leggo altre frasi rintracciate nei suoi appunti: “Ho sempre pensato che una persona sia definitivamente sola quando non ha più doveri”. Ancora: “Chi sopravvive trova spesso un ancoraggio nei doveri: verso i figli, se ci sono, altri familiari, impegni preesistenti, come il lavoro o altro”. In un mondo che reclama a gran voce solo diritti mi pare un concetto rivoluzionario. Che cosa la spinge a un simile approccio: pietà, giustizia o che altro?***

È un approccio complesso che ha molti fattori che si intrecciano, ma quello scatenante è il dolore. È vero che ogni essere umano vive e affronta il dolore secondo modalità proprie e quindi uniche, ma non esito ad affermare, dopo la mia esperienza, che è fonte di dolore maggiore accompagnare la sofferenza di chi ti è caro come la tua stessa vita piuttosto che patirla in prima persona. Qual è stato il mio primo impulso di dovere? Oltre a far rivivere Giancarlo, estendere ad altri i valori che mi ha trasmesso e che ho condiviso con lui, devo dire che, durante il percorso di cura di ol-

tre 2 anni in clinica, ho maturato anche la determinazione ad agire. In quegli anni ho vissuto nel rapporto con i medici esperienze di una crudeltà indicibile e altre di un'umanità esemplare. Volevo fare qualcosa di concreto per aiutare innanzitutto altre persone sofferenti, malati o familiari, per ridurre gli episodi incresciosi e aumentare quelli positivi. Ho pensato ad un futuro di reciprocità nel quale chi è stato aiutato possa a sua volta aiutare. Anche Alan (*Alan Pampallona, managing director della Fondazione ndr*), prezioso e insostituibile compagno d'avventura e caro amico, ha perso molto giovane la mamma e sa bene quanto questi dolori segnino e cambino l'esistenza. Già, il dolore, è un motore che scuote e ti porta laddove non si può immaginare. Se penso ai seminari sulla scrittura autobiografica che abbiamo svolto con persone che avevano avuto un tumore, ancor oggi mi vengono i brividi: perché ho visto che chi ha sofferto, a volte, può rintracciare dentro di sé una carica impensabile. E scoprire le condizioni che attivano questi processi è uno dei fattori che guida la nostra ricerca.

***Anche quando gli anni passano, anche dieci anni dopo?***

C'è forse un relativo maggiore distacco, ma ciò non cancella la leva delle motivazioni che ti spingono ad agire, nella fattispecie a cercare di modificare in meglio le relazioni tra medici e pazienti. Inoltre, semplificando al massimo, se amo le persone con cui e per cui lavoro, se offro loro la mia affettività e considerazione, ora so che si attiva l'ormone dell'ossitocina e questo mi permette di

continuare con passione. Adesso c'è anche l'impegno nello studio degli effetti della relazione di cura in termini neurobiologici, ed è di nuovo vera passione.

***Questo libro è il compendio di un lungo lavoro di ricerca e di ascolto. Troviamo medici e pazienti quali protagonisti. Accanto ad essi i familiari che condividono la sofferenza e il personale sanitario. Esiste nell'elenco un ordine di priorità, c'è una figura particolare che si sente di indicare quale primo referente dell'opera?***

Anch'io faccio un passo indietro, al dolore che mi ha portato a costituire la Fondazione, perché la stessa dinamica mi permette di rispondere alla sua domanda.

Prendendo in prestito un termine dalla teoria della complessità e del caos posso dire che la morte è un cambiamento di stato, o una catastrofe come dicono i fisici. La complessità della malattia, collegata a molti fattori, variabili e cambiamenti, aveva portato Giancarlo, come molti altri malati, troppi, alla morte.

Questa è la catastrofe, il caos, l'inizio della discontinuità con infiniti mutamenti tanto sconosciuti quanto incomprensibili.

Ma io, seppure non consapevole, ero ancora ai margini del caos, dove, citando Ilya Prigogine, vi sono molte opportunità e il collegamento tra le molte variabili può portare all'emergere di risultanze nuove e positive.

Come dall'interazione di molecole di idrogeno, ossigeno, livelli

di pressione, di temperatura e molte altre variabili emerge l'acqua allo stato liquido, così dal collegamento tra i miei sentimenti, le emozioni, i ricordi terribili e di felicità, le motivazioni ad aiutare malati e giovani, le competenze ed esperienze professionali maturate in tanti anni di consulenza e formazione al comportamento assertivo e qualitativo di manager e professional, e altro ancora, come per esempio un po' di disponibilità economiche, è emersa la Fondazione. Così nella relazione con il malato non c'è e non può esserci un ordine di priorità, perché ogni soggetto implicato concorre a determinare le migliori condizioni per la cura. C'è chi fa cose pratiche, chi ricerca, chi somministra terapie, chi organizza e governa il sistema ospedaliero e sanitario: essenziale è che la relazione sia sempre tra il paziente quale essere umano, non quale soggetto di protocolli, e la comunità che lo attornia.

***Come si può alimentare questa relazione?***

Dedicando più attenzione e mi spiego per evitare fraintendimenti. Dedicare più attenzione significa fare delle scelte. Una buona relazione offre vantaggi d'ogni tipo, innanzitutto incide sul processo di cura, sull'aderenza alla terapia, ma anche sulla riduzione del contenzioso legale, o, ancora a livello economico. Perciò l'analisi dei comportamenti relazionali è ora al centro dei nostri lavori. Penso con orgoglio alla ricerca svolta all'Istituto Nazionale dei Tumori con interviste a oltre 5 mila pazienti. Non temo d'affermare: abbiamo fatto del bene, abbiamo gettato un sasso

nell'acqua che ha prodotto circoli virtuosi, ampi, che forse arriveranno lontano.

*Nel libro protagonista assoluta è la parola. Parola che può alleviare sofferenze, ma anche generare altri dolori che colpiscono lo spirito e anche il corpo. La parola è insieme medicina essenziale e strumento affilato e pericoloso, soprattutto quando si trasforma nel linguaggio che non dice niente, nei pensieri che non vanno al cuore delle cose. Esiste una ricetta per maneggiarla con cura?*

Lei ha fornito una possibile risposta in fondo al suo quesito: maneggiarla con cura. Peccato che nessuno insegni davvero a usarla in modo appropriato. Mi servo di un esempio caro all'amico Alan. A nessuno verrebbe mai in mente di affidare uno strumento delicato qual è il bisturi a un medico incapace di servirsene. Ma la parola di un medico, quando esercita la sua funzione, è uno strumento del suo armamentario, è proprio come un bisturi. Va usata con la massima precauzione, perché può produrre danni seri, talvolta irreversibili. D'altro canto, l'ascolto e la parola sono medicina, accompagnano e integrano la pratica clinica e, anche se la prudenza è d'obbligo, curano. La parola è liberazione. Ricordo la nostra prima ricerca e le interviste fatte ai pazienti, in punta di piedi e con mille precauzioni, per timore di evocare fantasmi e aggiungere sofferenza a sofferenza. Per molti di quei malati parlare è stato un grande sollievo e conversazioni programmate per un'ora sono proseguite

per due e oltre. Rammento che ci stupiva che loro ringraziassero noi! Quel "grazie" pronunciato alla fine dai pazienti è andato dritto al cuore. Per il malato spesso parlare di sé, della propria malattia vuol dire liberarsi, ridefinire il proprio orizzonte di senso.

*So che avete intervistato anche medici malati, loro cosa dicono?*

Ovviamente è difficile generalizzare, quando i medici sono malati hanno certo una grande consapevolezza del problema: ricordo un rianimatore che arriva nel suo ospedale per un infarto e, quando vede l'elettrocardiogramma, capisce immediatamente la gravità della situazione e scoppia a piangere. Al netto della consapevolezza, anche nel medico sorge subito il bisogno di affidarsi ed essere guidato. Al collega che gli chiedeva cosa fare risponde: "Non chiedermi di decidere. Decidi tu per me". Anche in questi casi la malattia e il suo racconto sono serviti a ridefinire orizzonti di senso, anche rispetto alla professione. Per esempio, riguardo al rapporto col dolore fisico, il rianimatore ha ricordato di aver chiesto e ottenuto dal collega una dose, lecita, ma superiore allo standard, di morfina, per poi domandarsi quante volte lui avesse sottovalutato il dolore altrui, non avesse ascoltato per attenersi scrupolosamente ai protocolli... Ora dice che è tutto cambiato, queste cose le sapeva anche prima, in fondo, ma era più comodo e sicuro ragionare così. Grazie alla malattia ha riacquisito una consapevolezza anche relazionale, oltre che clinica.

*Altro termine che troviamo quale motivo conduttore è il sostantivo cambiamento che implica la capacità di mettere in discussione le nostre certezze, di professionisti o di semplici persone, soprattutto di fronte al malato. Perché abbiamo spesso tanta paura a fermarci per riflettere anche un solo istante: forse che il dubbio ci possa travolgere?*

Abbiamo paura perché il cambiamento, a causa della velocità e di altri fattori, può condurre al caos e mettere in discussione le nostre certezze. Bisogna cambiare per non soccombere. Il mio grande cambiamento, la morte di Giancarlo, ha indotto tante situazioni inedite, dalla sofferenza alla volontà d'aiuto. Così ho deciso di assecondare il cambiamento o meglio di muovermi e cercare di guidarlo, di superare gli ostacoli per non essere travolta, cercando di trasformarne alcuni in opportunità.

*È vero che la società in cui viviamo respinge la nozione di dolore, la rimuove sino a cancellarla?*

Il dolore è parte della nostra esistenza, pensi a quanta produzione artistica lo ha immortalato nei secoli, da quando era inteso quale riscatto dalle proprie colpe. Oggi al contrario è bandito, non è ammesso in una comunità che si vuole immersa in una sorta di beatitudine spesso solo consumistica. Il dolore c'è e nulla può mutare questo stato di cose, ma alleviarlo, per quanto ci riguarda nei malati gravi, è un dovere primario, senza frap-

porre ostacoli spesso odiosamente burocratici e artificiosi.

*Qual è il prossimo traguardo che le piacerebbe tentare di raggiungere o, se preferisce, il prossimo ostacolo che vorrebbe affrontare nell'immediato futuro?*

Verificare i diversi effetti che le singole parole del medico producono a livello neurobiologico. Perciò l'ultimo capitolo del libro è legato alle neuroscienze, che rappresentano l'area di indagine che vogliamo esplorare nel prossimo futuro. Una nuova affascinante dimensione di studio per comprendere qualcosa in più su di noi e sul potere delle parole.

*Nel suo itinerario e in quello della Fondazione lei è stata affiancata da amici e insieme valenti professionisti. C'è qualcuno che le piace rammentare in particolare per la condivisione dell'impegno?*

Del presente e del futuro ho già detto, per finire ci tengo a ricordare con grande stima e affetto Ottorino Beltrami, Presidente Onorario della Fondazione, mancato lo scorso anno. E mia sorella Clara Giudetti, psicanalista, che come membro del comitato scientifico ha offerto fino al termine della sua vita, due anni fa, interventi di elaborazione del lutto alle persone bisognose del suo aiuto.

Anche  
le parole  
curano

## CAPITOLO SECONDO LA NASCITA DEL PROGETTO PILOTA IPPOCRATES

### Da un percorso di cura a un nuovo modello formativo

La Fondazione è dedicata a Giancarlo Quarta e iniziamo con la sua storia di sofferenza e cura.

Per almeno un paio d'anni Giancarlo accusò forti mal di stomaco che lo indussero a sottoporsi a varie indagini. I risultati furono negativi e Giancarlo continuò nella sua consueta attività dai ritmi intensi.

Fu in un fine settimana che incontrò il segnale del cambiamento: diventò giallo in viso, negli occhi, nelle braccia, in tutto il corpo. La diagnosi fu tumore al pancreas. Seguirono ogni sorta di analisi, tentativi di intervento chirurgico, chemio e radioterapie.

Oltre due anni di cure, tra alti e bassi. Poi, dopo un rapidissimo peggioramento, arrivò la fine.

Il racconto che segue necessita di una premessa di merito e una di metodo che aiutano a definire meglio il campo d'intervento e lo scopo del Progetto Ippocrates voluto dalla Fondazione. I ricordi del percorso di cura di Giancarlo, esposti in prima persona dalla moglie, sono relativi ai soli aspetti relazionali e non ai contenuti clinici e quindi intendono analizzare efficacia e conseguenze delle modalità attraverso le quali tali contenuti sono stati espressi.

Inoltre i ricordi non sono esposti in ordine cronologico, ma brevemente classificati e commentati secondo gli effetti che hanno

determinato. In particolare la classificazione fa riferimento a due definizioni: Rinforzi Positivi e Rinforzi Negativi.

Per **Rinforzi Positivi**, *nei testi a seguire RP*, si intendono le manifestazioni di relazione che risultano piacevoli e soddisfacenti per chi le riceve.

Per **Rinforzi Negativi**, *nei testi a seguire RN*, si intendono i comportamenti di relazione che provocano disagio, malessere emotivo e insoddisfazione nel soggetto ricevente.

## Ricordi di rinforzi positivi

### L'effetto delle spiegazioni chiare

Durante l'iter di cura per il tumore al pancreas, Giancarlo patì anche per un grave aneurisma all'aorta addominale, emerso durante le indagini per un problema urologico. Il medico che presentò i risultati degli esami fu chiaro ed efficace.

Innanzitutto spiegò che era emersa una patologia inattesa, la definì e presentò tutti i rischi connessi alla mutata situazione clinica. Poi mostrò le immagini della tac che documentavano la presenza dell'aneurisma.

L'illustrazione ebbe un grande effetto: ci rese consapevoli della gravità della patologia e della necessità di intervenire per prevenire la rottura dell'aneurisma. Il medico illustrò le ipotesi di

soluzione, consigliò l'intervento endoscopico per "posizionare uno *stent*", meglio compatibile con la situazione oncologica e suggerì i nomi dei chirurghi da consultare.

Le spiegazioni chiare e approfondite della patologia, del rischio e dell'utilità dell'intervento furono recepite come risposte mirate al nostro bisogno di comprensione.

[Il RP di **Razionalità** rese Giancarlo consapevole della necessità di affrontare l'intervento chirurgico.

Nel terzo capitolo saranno approfonditi tutti i tipi di rinforzo.]

Il consiglio e le indicazioni sulla soluzione rappresentarono la risposta all'ulteriore bisogno insorto nell'incontro: sapere come agire.

[RP di **Realizzazione**: *Giancarlo fu bene orientato nella decisione e si sottopose all'intervento endoscopico con uno dei chirurghi suggeriti.*]

### E adesso che cosa accade?

I trattamenti di Giancarlo iniziarono con l'intervento chirurgico per l'asportazione della massa dal pancreas. Durante l'operazione emerse l'impossibilità di procedere a causa dell'espansione del tumore che aveva compromesso importanti vene.

Iniziarono quindi le chemioterapie. Erano ben sopportate e ciò mi faceva ben sperare, ma l'apprensione per il futuro mi indusse a incontrare un medico del reparto di medicina oncologica per un colloquio, all'insaputa di mio marito. Chiesi a una giovane dottoressa: *“Se le chemio non saranno sufficienti a ridurre la massa, se il tumore riprenderà a crescere, che cosa succederà?”*.

Con dolcezza e disponibilità, non disgiunte da autorevolezza, pur non essendo la responsabile delle cure mi rispose che conosceva bene la situazione di mio marito. Mi disse che, grazie al lavoro di gruppo, ogni giorno tutti gli oncologi del reparto venivano aggiornati sulle evoluzioni dei pazienti. Precisò che la cura stava andando bene. Aggiunse che il costante monitoraggio avrebbe consentito di valutare ogni possibile evenienza. Le alternative terapeutiche non mancavano e l'*équipe* medica, anche attraverso attività di ricerca e studio, avrebbe trovato la via più adatta per proseguire nella cura.

Le argomentazioni della dottoressa mi fecero sentire sicura e protetta e furono di particolare sostegno nella circostanza.

[RP di **Continuità**: *Il messaggio e le modalità attraverso le quali mi era stato trasmesso, crearono fiducia nelle terapie e nell'intera équipe medica.*]

### **Il primario in camera**

Ricordo con piacere gli interventi del primario in camera. Prima di affrontare gli aspetti clinici, il medico stimolava Giancarlo su temi che sapeva essere di suo gradimento: parlavano di mostre d'arte, di ristoranti, di aziende di successo. In quel modo Giancarlo si rasserenava, sorrideva, interagiva con umorismo. Ogni volta riusciva a predisporlo positivamente per i necessari trattamenti.

[RP di **Influenzamento**: *L'approccio positivo del primario produsse effetti di piacevole distrazione per il paziente.*]

### **Le scuse del giovane medico**

Ricordo che alla fine del primo giorno di ricovero, dedicato ad esami, era insorto un piccolo problema. Nella cura domiciliare eravamo abituati a misurare la glicemia per dosare l'assunzione di insulina e poi cenare. In clinica era arrivata la cena senza il rito del controllo della glicemia. In apprensione per ogni aspetto, seppure piccolo, consultai un'infermiera che si limitò a riferirmi le istruzioni che aveva ricevuto.

Chiesi allora di parlare con il medico di turno. Non vedendolo arrivare, risolsi telefonando all'amico medico che ci seguiva con affetto. Dopo alcune ore arrivò in camera un giovane che si presentò come il medico di turno e si scusò per il ritardo causato da

un'emergenza. Ci scusammo a nostra volta d'averlo chiamato per il piccolo problema che avevamo già risolto.

Il giovane medico, con senso di responsabilità, prese una sedia, la sistemò vicino al letto di Giancarlo e disse: *“Bene, sono contento che abbiate risolto, ma vorrei sapere cosa è successo”*.

Quando uscì commentammo con vero apprezzamento il suo comportamento.

[RP di **Influenzamento**: *Il giovane medico forse aveva saputo che non si trattava di una situazione grave, tuttavia si era subito scusato e ci aveva ben disposti al colloquio.*]

[RP di **Valorizzazione**: *Il medico aveva inoltre esercitato il suo ruolo offrendo a lungo attenzione, ascolto e importanza alle nostre osservazioni. Per noi fu significativo ricevere la considerazione e l'interessamento di una persona giovane degna di stima.*]

### La voce amica in una notte d'ansia

A casa, dopo oltre due anni di cure, una notte Giancarlo ebbe una grave crisi. In clinica non c'era il pronto soccorso, non sapevo se andare in un altro ospedale, Giancarlo non era in grado di muoversi, non sapevo cosa fare. Telefonai al primario che guidò le mie azioni: *“Non andate al Pronto Soccorso - mi disse subito e aggiunse immediatamente - non capirebbero la complessa situazione di suo marito”*. La soluzione indicata e la relativa

spiegazione mi avevano permesso di superare la grande tensione e di assumere una decisione in modo consapevole. Il primario capì inoltre la necessità di gestire la mia ansia per affrontare la notte e proseguì: *“Non dovrebbe essere grave, vi aspetto domani mattina presto in clinica”*.

[RP di **Realizzazione**: *La notte, l'ultima a casa per Giancarlo, fu un incubo impossibile da dimenticare, ma le istruzioni del medico, la sua argomentazione razionale, il suo incoraggiamento di grande assertività e la sua considerazione responsabile della situazione mi guidarono a comprendere la soluzione migliore per Giancarlo e a restare a casa.*]

### Ricordi di rinforzi negativi

#### La bugia per quegli occhi rossi

Nei giorni successivi all'intervento chirurgico notai un intenso rossore negli occhi di Giancarlo che non accennava a regredire. Mi rivolsi ad uno dei chirurghi del reparto che attribuì il rossore a una mascherina applicata durante l'operazione. L'amico medico, che era stato ammesso in sala operatoria, negò poi sia l'utilizzo di sussidi sul viso di Giancarlo, sia la presenza di quel chirurgo in sala operatoria.

Perché il medico aveva mentito? Perché non mi disse la semplice verità, come: “Non so, non ho partecipato all’intervento” o altro ancora? Quale obiettivo raggiunse con la sua risposta? Solo quello di interrompere il fastidio provocatogli dalla mia domanda. Scoprire la falsità della spiegazione peggiorò sia il rischio che attribuivo al rossore continuato sia la mia generale paura.

[RN: *La risposta del chirurgo non solo ha procurato insoddisfazione, ma ha aumentato in modo ingiustificato le mie paure.*]

### **Il senso d’abbandono**

Nello stesso periodo mi capitò di incrociare in corridoio un gruppo di chirurghi appena usciti dalla camera di un paziente. Uno di loro dichiarò apertamente: “*Non ne posso più di questo ipocondriaco*”. Mi preoccupai molto, pensai al senso di abbandono che poteva provare il malato avendo forse percepito la mancanza di sostegno o di protezione del medico.

[RN: *Lo sfogo senza controllo che avevo recepito mi aveva fatto perdere fiducia in quel medico e nella sua capacità di garantire assistenza continuata.*]

### **Una battuta infelice può fare molto male**

La terapia del dolore prevede l’uso di barbiturici e, continuando a svolgere la propria attività professionale, Giancarlo aveva progressivamente avvertito perdita di concentrazione, sonnolenza, lentezza operativa e consultò un medico della clinica. Per sdrammatizzare la situazione, il dottore riformulò il racconto di mio marito: “*Capisco - disse - lei non riesce ad investire con la macchina quei due o tre vigili che ogni giorno le danno fastidio*”. Non fu un’iperbole felice, anzi.

[RN: *Giancarlo si sentì incompreso, ridicolizzato, con tutte le conseguenze del caso. I rinforzi sono considerati positivi o negativi da chi li riceve ed è quindi responsabilità di chi li manifesta correlarli al contesto e alle caratteristiche di ogni situazione di rapporto.*]

### **Una risposta standard è sinonimo di disinteresse**

“*L’importante è guarire, guarire, l’importante è guarire*” continuava a ripetere un medico che in clinica esaminò i referti di Giancarlo.

Ogni paziente con diagnosi tumorale vorrebbe sapere se guarirà e, non potendo fornire certezze, con la sua ripetizione il medico cercava forse di sottolineare la condivisione delle attese di mio marito.

Ormai sapevo che il percorso prevedeva un delicato intervento

chirurgico e successivamente cicli di terapie. L'affermazione del medico mi suonò subito difensiva: se l'intervento non riuscirà ci saranno altre vie, il cammino sarà lungo e difficile, ma occorre affrontare ogni possibilità per poter guarire.

Non fu un ascolto apprezzato, tutt'altro. Avevamo bisogno di ricevere la sua attenzione, il suo interesse nella situazione, la sua assunzione di responsabilità verso il paziente, la condivisione della scelta di sottoporsi all'intervento. Ricevemmo le sue difese sotto forma di una velata attesa di guarigione. Avremmo certamente preferito avvertire il suo coinvolgimento sulla reale criticità dell'intervento.

[RN: *La mancanza di riferimenti rivolti alla persona ci ha fatto recepire un trattamento standardizzato, insoddisfacente.*]

### **Signora, le mando qualcuno**

Purtroppo l'intervento chirurgico di mio marito non fu risolutivo. Ogni persona che vede preclusa un'importante via di uscita vive conseguenze pesanti e fu così anche per Giancarlo. La prima notte dopo l'operazione fu per mio marito molto dolorosa: la ferita procurava dolore e le flebo grande fastidio, come l'impossibilità di muoversi. Sopra ogni cosa tuttavia faceva molto male il significato della mancata rimozione della massa tumorale. Giancarlo continuò a soffrire tutta la notte con tremori, sudorazione, febbre alta. Sapevo che il chirurgo sarebbe arrivato

in clinica presto, verso le 6 e 30, lo aspettai in corridoio e quando arrivò lo raggiunsi subito nel suo ufficio. Ero terrorizzata e disorientata, esposi le reazioni di mio marito per ricevere un rimedio e mi sentii dire: *"Signora, suo marito è arrivato"*.

Penso di essere crollata quando sentii pronunciare quelle terribili parole. Non ricordo esattamente cosa risposi, ma certamente manifestai il mio sconcerto.

Avevo sentito dire che per il tumore al pancreas si prevedeva un solo anno di vita, ma le cure accompagnarono mio marito per oltre due anni da quel momento.

Quale obiettivo aveva allora il chirurgo nel rivolgermi tanta crudeltà? Non aveva tempo per me? Voleva allontanarmi rapidamente? Perché non lo ha detto? Non ha previsto le conseguenze delle sue parole su di me e sul paziente? In quali condizioni sarei tornata da mio marito? Sarei stata in grado di calmarlo, rasserenarlo? Non ricordo cosa dissi a Giancarlo tornando in camera, ero nella nebbia fitta che sempre è generata dall'ansia.

Il dottore avrebbe potuto dirmi semplicemente la verità: *"Ora non ho tempo, mando qualcuno"*. Mi avrebbe risparmiato lo *shock* che mi ha mortificato per due anni. In conclusione disse solo: *"Mando un infermiere"*.

[RN: *Le parole del medico mi hanno inflitto in quel momento la più terribile quanto inutile disperazione.*]

Questi ricordi permettono di evidenziare due aspetti significativi

della relazione di cura: la finalizzazione delle argomentazioni e la durata. Nei casi di rinforzo positivo citati, le argomentazioni dei medici erano mirate a dare soddisfazione a un bisogno, esplicito o implicito, del paziente o del familiare.

Nei casi di rinforzo negativo, al contrario, l'argomentazione dei medici non era rivolta al bisogno relazionale dell'interlocutore. Nel primo e nell'ultimo episodio, ad esempio, presentavo una richiesta di soluzione per un problema del paziente.

Nel primo caso il problema è stato denegato con manipolazione dell'interlocutore. Inoltre il tema della mascherina avrebbe potuto essere confutato, nei giorni successivi, anche a lungo, facendo perdere molto tempo al medico per organizzare giustificazioni ancora più improbabili della prima.

Nell'ultimo caso il malessere intenso di Giancarlo non è stato neppure affrontato. L'argomentazione sull'imminente conclusione della sua vita serviva a far superare i pesanti disturbi del momento? No.

Le parole del medico non potevano riferire prognosi positive ma, privilegiando l'obiettivo di definire la gravità della situazione, hanno attivato conseguenze pesanti sul piano emotivo e sulla durata del colloquio. Quelle parole sono state aggressive, hanno costituito un rinforzo negativo per due aspetti: non hanno soddisfatto il mio bisogno e sono state espresse con modalità spietata e non necessaria.

L'aggressività produce sempre nell'interlocutore un malessere inutile, anche in questo caso la mia sofferenza sarebbe stata evitabile offrendo subito cure al paziente.

La qualità relazionale non consiste quindi nel formulare argomentazioni ampie; anzi, poche parole corrette, rivolte al reale obiettivo della situazione, generano sempre effetti positivi. Questa condizione è detta di massima sicurezza, a volte una parola in più può mutare il senso di una frase. In una battuta: "Tutto ciò che non c'è non si rompe", come dicono i tecnici.

Le falsità, le argomentazioni fuori luogo, i modi scorretti, banalizzanti, terrorizzanti implicano invece conseguenze negative la cui gestione rischia spesso di peggiorare la situazione avviando spirali di negatività e dilatando i tempi dei colloqui.

Da questi ricordi, dalle esperienze professionali pregresse, dai risultati di altre più estese ricerche, è nata la necessità di predisporre un modello formativo capace di prevenire l'uso dei rinforzi negativi, comunque intesi, esaltando nel contempo i rinforzi positivi. Il modello e il relativo progetto sono i temi delle pagine che seguono.

## Il Progetto di Ricerca Intervento svolto all'Istituto Nazionale dei Tumori

### Il contesto complesso della relazione medico - paziente

Il tema della relazione medico - paziente è ricchissimo di letteratura, specialistica e divulgativa, e ciclicamente assume un ruolo centrale nei discorsi sulla cura, la diagnosi, la terapia e la pratica medica in generale. L'argomento si inserisce in uno scenario assai complesso e influenzato dall'interazione con molti sistemi, come ad esempio quelli sanitario, politico e sociale, attraversati sempre più da radicali trasformazioni.

La difficoltà nel valutare e misurare tale oggetto di studio, la mancanza di indicatori specifici di risultato, la presenza di numerose variabili che entrano in gioco durante la malattia e la terapia, rendono difficile stabilire con certezza la presenza di una correlazione diretta tra buona relazione medico - paziente e miglioramento della condizione clinica del soggetto. È tuttavia innegabile che alcuni fattori relazionali possano incidere positivamente sull'*outcome* del paziente.<sup>1</sup>

Diverse ricerche mostrano, inoltre, come una buona relazione medico - paziente sia in grado di ridurre i costi sociali dei processi di cura, migliorando l'efficacia delle terapie e riducendo il numero di test diagnostici e di visite.<sup>2</sup>

Sempre sul versante dei costi sociali, si moltiplicano gli studi

che indicano nella qualità relazionale un fattore determinante per l'insorgenza o meno di un contenzioso legale. Una ricerca pubblicata sul *British Medical Journal* già negli anni '90 mostrava che la maggior parte dei reclami presentati dai pazienti erano fondati non sull'imperizia clinica o sull'inefficacia della cura, ma sull'incapacità di ascolto dei medici.<sup>3</sup> Una recente analisi svolta nel 2011 ha evidenziato, per esempio, che le denunce per *mal-practice* non sono da imputare esclusivamente a errori clinici; ciò che spinge un paziente o un suo familiare a denunciare il medico non è necessariamente una diagnosi non corretta o una terapia inappropriata, ma la mancanza di fiducia tra il paziente e il suo medico.

È stato messo in luce che, anche a fronte di un errore, le capacità del medico di ascoltare e comunicare col malato, rafforzando il senso di sicurezza e di fiducia, sono in grado di evitare il ricorso ad azioni legali.<sup>4</sup>

Dal punto di vista teorico è quindi chiara e assodata l'importanza che riveste un'adeguata relazione medico - paziente su molteplici aspetti del complesso sistema di cura. Dal punto di vista pratico, però, gli aspetti relazionali trovano ancora molti impedimenti a essere trattati in modo organico nei percorsi formativi dei sistemi sanitari. In particolare le modalità organizzative del sistema ospedaliero esercitano una grande influenza nella qualità della relazione con il paziente. In campo medico tendono a imporsi obiettivi basati su performance, anche di tipo economico, che sacrificano gli aspetti relazionali e che assegnano alla terapia un ruolo predominante sulla cura.

La focalizzazione degli interventi sulla patologia, la parcellizzazione dell'iter terapeutico tra reparti specialistici e specifiche procedure determinano una perdita di centralità di entrambi i soggetti della cura.

Già in una nostra precedente Ricerca<sup>5</sup> abbiamo potuto rilevare, dalla voce diretta dei protagonisti, alcuni di questi problemi. I virgolettati che di seguito esponiamo, esemplificano alcuni punti cruciali.

Sul versante medico vengono individuati dei forti vincoli imposti dall'adozione di modelli organizzativi e manageriali:

*“In fondo il medico è stato chiamato a diventare un dirigente e ad essere esperto di conti e di budget, senza aver mai studiato nulla nel suo percorso professionale.”*

*“Facciamo sempre meno i medici. Nella mia posizione ormai io sono una sorta di burocrate, imprenditore, ormai io faccio tutt'altra cosa. [...] Passo la mia vita a leggere carte, a scrivere relazioni non mediche, a scrivere di budget, a commentare budget, a scrivere motivazioni per acquisizioni di tecnologia con piani di ammortamento, tutta roba che con la medicina non c'entra assolutamente niente!”*

Anche la specializzazione mostra i suoi limiti, rispetto all'ambito relazionale:

*“Il percorso della medicina moderna, così iperspecialistica, ha peggiorato la relazione, perché ci sono dei grandissimi diagnostici che non dicono una parola al paziente: gli danno in mano il referto e, quando è fuori da quella porta, per loro il paziente non esiste più, non ne vogliono più sapere perché devono essere pronti ad occuparsi d'altro. È il diritto di occuparsi in maniera parziale di un paziente*

*che oggi ogni medico sente proprio perché iperspecialista.”*

Molti medici avvertono la necessità di una formazione specifica sugli aspetti relazionali che si aggiunga al bagaglio professionale di tipo più strettamente tecnico, ma spesso tale esigenza viene a scontrarsi con le limitate risorse a disposizione, sia di tempo che economiche, per la formazione professionale.

Sul versante dei pazienti, la relazione, come già abbiamo sottolineato, assume un ruolo fondamentale nel modo d'affrontare il percorso di cura. E quando la relazione manca o è inadeguata il paziente viene privato di risorse potenzialmente determinanti:

*“Mi disse: «Signora, lei ha un brutto nodulo da togliere immediatamente!».*

*Mettendomi nei panni dei medici immagino sia duro dare delle diagnosi di questo tipo, ma in quel momento l'effetto è stato brutale. Come se mi crollasse una trave in testa. Perché 'brutto nodulo da togliere' significa 'cancro', e a quel tempo, per me, cancro era uguale a morte.”*

*“La prima volta che l'ho visto sono tornata a casa assolutamente distrutta e ho pensato: se succede di nuovo [...] mi faccio curare da qualcun altro. [...] Quest'uomo usava termini complicati. [...] Mi sentivo un po' un numero, una roba stupida, e lui neanche mi guardava in faccia, mentre mi parlava scriveva. [...] Vedere i suoi occhi incrociare i miei mi avrebbe sicuramente comunicato un po' di cose [...], non mi ha mai spiegato le cose in modo che io potessi capire. [...] Non sapevo più come fare per dirgli: ho bisogno di aiuto! E lui, come aiuto, come risposta, mi ha detto: «Si faccia una terapia di gruppo».”*

Quando invece la relazione funziona, il paziente può mobilitare forze e risorse latenti e affidarsi al medico, stabilire con lui un'alleanza, volta al conseguimento di un obiettivo condiviso: *“È successa una cosa bellissima. Gli dissi: «Dottore, muoio?», e lui mi rispose: «Tutti moriamo...». Ed io nuovamente: «Va bene, ma muoio di cancro?» E lui, così, con molta semplicità, con la faccia né seria né sorridente, come un amico, mi ha detto: «Guardi signora, dobbiamo mettere una serie di se. Se lei non ha metastasi, se il cancro è localizzato, se i linfonodi non sono attaccati, se..., probabilmente no. Probabilmente lei morirà di altra malattia in vecchiaia. Però ora andiamo per gradi». Non ero spaventata, non ero in lacrime, non ero angosciata. Non so come mai, forse perché il dottore era stato così bravo nel darmi questa speranza. Non mi ha dato certezze, ma mi ha lasciato intendere che in qualche modo poteva anche finire bene. Mi ha fissato subito l'appuntamento per la chemio, prima ancora di sapere i risultati di tutti gli esami: «Ci vediamo il 7 maggio» mi disse.”*

Il tema della relazione e delle sue implicazioni nel processo di cura, sta interessando, particolarmente nei paesi anglosassoni, il dibattito pubblico e scientifico.

In un recente fondo del *New England Journal of Medicine*<sup>6</sup>, considerato una delle più autorevoli riviste scientifiche in ambito medico, si domanda se le esperienze dei pazienti sulla cura possano essere utilizzate come indici validi ed efficaci per valutare la qualità dei servizi sanitari. La questione è posta come particolarmente rilevante, data la crescente importanza assunta dalle indagini sulla soddisfazione del paziente per determinare

la qualità dei servizi sanitari erogati e i compensi degli operatori. Il dibattito resta aperto, ma la risposta fornita dagli autori dell'articolo, sebbene condizionata e argomentata, è affermativa. A livello pratico, negli undici ospedali pubblici di New York si stanno sperimentando dei sistemi nei quali la valutazione delle prestazioni sanitarie erogate e i livelli retributivi dei medici sono determinati anche dalla soddisfazione espressa dai pazienti. Viene quindi introdotto anche un livello qualitativo, rispetto ai risultati ottenuti, a fianco della tradizionale misura esclusivamente quantitativa del volume dei servizi prestati.<sup>7</sup>

### **Il progetto svolto presso l'Istituto Nazionale dei Tumori**

I.P.P.O.C.R.A.T.E.S.\* (Interventi di Premiazione e Potenziamento degli Ottimi Comportamenti Relazionali dei giovani medici in Ambito Terapeutico E Sanitario) nasce per risolvere su campo alcuni dei problemi sin qui esposti. Alla luce della complessità del tema, abbiamo ideato un sistema innovativo per potenziare i comportamenti relazionali dei medici coi loro pazienti. L'innovazione del sistema riguarda aspetti sia di contenuto che di metodo.

Dal primo punto di vista l'intervento si concentra esclusivamente sulla rilevazione e sull'amplificazione delle positività e della soddisfazione presenti nel sistema. Il potenziamento delle capacità di relazione, infatti, è stato attuato attraverso la valorizzazione dei comportamenti relazionali positivi (opportuni ed

efficaci), espressi dai medici nella loro attività quotidiana e raccontati ai nostri ricercatori dai pazienti che li hanno apprezzati. Ogni azione è stata focalizzata esclusivamente sull'eccellenza relazionale, o comunque su ciò che ha funzionato. Abbiamo evitato, invece, la raccolta di eventuali casi di ciò che non ha funzionato o di casi di malasanità.

Dal punto di vista metodologico, l'intervento è basato sulle teorie behavioriste<sup>8</sup> del "rinforzo positivo" e sulla teoria della complessità<sup>9</sup>, con particolare riferimento agli effetti dei processi di "retroazione di amplificazione e di autorganizzazione dei sistemi".

Abbiamo infatti posto come prima ipotesi da verificare che il riconoscimento e la valorizzazione di un determinato comportamento relazionale (rinforzo positivo differenziale) inducesse l'autore dello stesso, nel nostro caso il medico, a ripeterlo e a manifestare nuovi comportamenti positivi.

La seconda ipotesi prevedeva che il comportamento valorizzato e ripetuto, ritornando all'interno del sistema, attraverso un processo di retroazione positiva, avrebbe modificato il sistema stesso. Nel nostro caso, grazie alla visibilità e al rilievo che avremmo dato a quei comportamenti nell'ambito della struttura ospedaliera, gli esiti si sarebbero amplificati posizionando il sistema su un livello più elevato rispetto a quello di partenza.

Gli effetti che volevamo raggiungere e misurare ci hanno portato a configurare un Progetto Pilota di Ricerca Intervento.

Ci attendevamo quindi che i medici, vedendo progressivamente riconosciuti i propri buoni comportamenti relazionali, in forza

della soddisfazione ricevuta, li avrebbero ripetuti, amplificati e inoltre ne avrebbero adottati di nuovi, consolidando la qualità delle proprie modalità relazionali e rendendola abituale.

Il risultato complessivo atteso dal progetto era quindi lo sviluppo della qualità del servizio relazionale dei medici nei confronti dei loro pazienti, all'interno della struttura di riferimento. L'efficacia dell'intervento avrebbe inoltre raggiunto lo scopo di incrementare la soddisfazione di tutti gli attori coinvolti. In particolare i medici avrebbero visto, riconosciuto e apprezzato quanto di buono espresso nella relazione e, via via, avrebbero ricevuto maggiore soddisfazione dai pazienti, restituendo loro nuova soddisfazione.

Questo processo, anche attraverso *feed back* metodologici sulle argomentazioni espresse, avrebbe permesso ai medici di acquisire un *know how* relazionale, senza sottrarre tempo all'attività professionale.

Il progetto si proponeva inoltre di stimolare i pazienti a cogliere gli aspetti positivi del loro percorso di cura e a vedere crescere la soddisfazione dei loro bisogni relazionali da parte dei medici. Infine, la struttura ospedaliera avrebbe goduto dell'incremento di qualità relazionale offerta, costruito, a fronte delle lamentele e denunce ricevute, un repertorio di "buoni casi relazionali" dei propri medici e registrato un calo dei reclami relazionali.

Per svolgere il progetto pilota è stato individuato l'Istituto Nazionale dei Tumori per il quale abbiamo realizzato pro bono l'intervento, con il sostegno della Fondazione Cariplo.

La scelta della struttura è stata dettata da diverse ragioni. Si trat-

ta infatti di un centro di eccellenza dal punto di vista scientifico e tecnico che, pur nella sua complessità, presenta un'omogeneità rispetto al tipo di patologia trattata e all'integrazione tra i vari Dipartimenti. I pazienti dell'Istituto, anche se presentano diverse tipologie di situazione clinica, generalmente affrontano iter diagnostici e terapeutici che implicano numerose occasioni di rapporto con i medici della struttura. Inoltre, la natura della patologia, può essere definita "critica" in quanto, a prescindere dall'esito finale, cambia le prospettive esistenziali e, proprio per questo, sottende complessi Bisogni Relazionali.

Sulla base del modello esposto è stato quindi predisposto un Progetto ad hoc di Ricerca Intervento, ossia un tipo di ricerca in grado di agire sulla realtà attraverso un processo circolare tra conoscenza e trasformazione, in cui il modello orienta l'azione indirizzata al cambiamento e in cui gli effetti dell'azione riorganizzano le conoscenze.<sup>10</sup>

L'intervento è stato quindi progettato con l'idea di modificare il campo di indagine nel corso dello studio e misurare, attraverso indici oggettivi, l'entità dei cambiamenti nel tempo. A fondamento dell'intero impianto sta la reale esperienza dei pazienti, dei loro cari e l'apprezzamento espresso per determinate modalità relazionali manifestate dai medici in specifiche circostanze.

Il piano originario prevedeva di concentrare l'attività di rilevazione sui buoni comportamenti relazionali dei giovani medici, con l'idea, sempre mutuata dalla teoria della complessità, che le "condizioni iniziali" siano determinanti per gli sviluppi futuri. Nel caso specifico il giovane medico avrebbe ricevuto soddisfa-

ne per il proprio modo di agire, anche sul piano relazionale, fin dall'inizio della sua carriera. Ciò avrebbe permesso l'acquisizione di competenze, il potenziamento di capacità relazionali e la loro naturale espressione nel corso dell'intera vita lavorativa.

A fronte delle numerose segnalazioni da parte dei pazienti abbiamo esteso, in corso d'opera, l'attività anche alla raccolta di buoni comportamenti relazionali espressi dai medici "esperti".

### **Il paziente al centro: le rilevazioni**

Il cardine dell'intervento è rappresentato dalle testimonianze dei pazienti. I buoni comportamenti relazionali, individuati e valorizzati, sono infatti espressione diretta di esperienze reali, vissute da malati dell'Istituto, in determinate circostanze.

Questo materiale è diventato la base per la somministrazione del rinforzo positivo al medico citato e per il supporto formativo, individuale e collettivo.

Ogni giorno venivano intervistati i pazienti disponibili a partecipare al progetto. Nel corso degli incontri di durata variabile, e comunque non inferiore ai venti minuti, il paziente, attraverso un'intervista aperta, non direttiva e anonima, raccontava una sua esperienza di buona relazione con un medico, del quale precisava il nome. Durante l'intervista, particolare attenzione era posta nell'isolare gli elementi essenziali per effettuare, in seguito, il rinforzo positivo al medico ed elaborare un materiale di valore formativo. Questi elementi sono costituiti: da una sintetica

storia clinica del soggetto e dei momenti di cura a cui si riferisce; dal suo stato fisico ed emotivo nelle circostanze ricordate; dai comportamenti relazionali positivi adottati dal medico, con particolare riferimento alle parole e alle modalità non verbali utilizzate; dai motivi di soddisfazione per le modalità relazionali descritte.

L'interazione con i pazienti e con le loro storie costituiva un compito complesso e di responsabilità, presentava aspetti delicati non solo dal punto di vista metodologico, ma anche relazionale.

A tal fine sono state selezionate sei ricercatrici con una formazione di matrice psicologica, in grado di lavorare in un ambiente emotivamente "critico", come l'Istituto Nazionale dei Tumori. Sarebbero state infatti a stretto contatto con persone che stavano attraversando o avevano attraversato situazioni dolorose dal punto di vista sia fisico che emotivo, talvolta arrabbiate, deluse, o senza alcuna voglia di aprirsi all'altro. Sul piano operativo avrebbero dovuto orientare il paziente, senza influenzarlo, nel racconto di buone esperienze relazionali col medico.

È stato quindi organizzato per le ricercatrici un seminario costituito da formazione teorica generale sui principi del comportamentismo, e in particolare sul progetto, con specifiche esercitazioni sulle tecniche di intervista non direttiva e in profondità.

Per tutta la durata del progetto, a cadenza periodica, sono stati tenuti ulteriori incontri, individuali e di gruppo, di *follow up* su aspetti pratici e operativi inerenti il lavoro su campo, al fine di approfondire le modalità di relazione e rilevazione dei dati raccolti e di *feedback* sul lavoro svolto. Inoltre, ogni tre settimane,

sono state organizzate sedute di supervisione con uno psicologo, per prevenire fenomeni di *burnout* e per discutere di problematiche emotive e relazionali derivanti dal lavoro su campo.

### I rinforzi ai medici

Le interviste raccolte sono state filtrate sulla base del loro contenuto qualitativo, eliminando quelle con descrizioni troppo vaghe o generiche dei comportamenti positivi adottati dai medici e selezionando come prioritarie quelle che descrivevano i rapporti relazionali più completi, emblematici e replicabili.

Sulla base di questi criteri di selezione le interviste sono state man mano corredate di una "discussione del caso", nella quale sono stati inseriti i commenti e i riferimenti metodologici che indicano le logiche per cui le modalità relazionali descritte sono state efficaci nella specifica situazione.

L'intervista così trattata è diventata un "caso", con un riferimento alfanumerico univoco.

Ciascun caso è costituito di tre parti.

*La Situazione:* in questa sezione viene descritta brevemente la situazione clinica del paziente e il suo o i suoi espliciti bisogni relazionali, come definiti dal Modello Relazionale Ippocrates (di seguito descritto).

*La Relazione Medico - Paziente:* dove si descrive la storia del paziente e le modalità con cui il medico protagonista del caso è stato in grado di soddisfare i suoi bisogni relazionali, ovvero i

comportamenti utilizzati dal medico e apprezzati dal paziente. *La Discussione del caso*: in questa sezione il caso viene analizzato, commentato e discusso alla luce del Modello Relazionale Ippocrates, illustrando le dinamiche relazionali in atto, cioè l'esplicitazione dei bisogni del paziente e delle modalità adottate dal medico per soddisfarli, le logiche comportamentali sottese e i motivi per cui i comportamenti relazionali del medico sono stati efficaci e apprezzati dai pazienti nelle specifiche situazioni analizzate.

Al medico protagonista del singolo caso veniva inviata dalla Fondazione Giancarlo Quarta Onlus una lettera di ringraziamento e apprezzamento per i comportamenti espressi e, in allegato, il caso completo di discussione.

I singoli casi sono diventati quindi la modalità di base per il trasferimento del *know how* relazionale a livello individuale.

Una copia delle lettere, corredate dai casi, veniva contestualmente inviata anche ai diretti superiori del medico ringraziato e ai vertici dell'Istituto: Presidente, Direttore Generale, Direttore Scientifico, Direttore Sanitario e Direttore di Dipartimento.

### **La creazione di un sito web per diffondere il know how**

Ogni caso, dopo essere stato reso anonimo e, come già detto, dotato di un codice univoco di riferimento, è stato inserito su un sito web dedicato al Progetto, riservato ai medici dell'Istituto. Il sito, progressivamente aggiornato con i nuovi casi raccolti, fino

a superare i 300, costituisce il supporto collettivo di accesso al *Know How* Relazionale: ciascun medico dell'Istituto, infatti, può accedere e consultare liberamente tutti i contenuti presenti.

Il sito è costituito da varie sezioni, tra loro connesse da legami ipertestuali a varie chiavi di ingresso, per cui è possibile accedere ai vari contenuti sulla base degli interessi o delle necessità individuali (per esempio: selezione di tutti i casi che risolvono determinati tipi di bisogno, oppure che utilizzano un particolare tipo di rinforzo, ecc.).

Le sezioni principali del sito sono:

*Casi*. Contiene il repertorio, via via aggiornato e arricchito dei casi raccolti. Ciascun caso contiene un *abstract* ed è sviluppato per *tab* (Situazione, Relazione Medico - Paziente, Discussione del Caso) che permettono un'agevole lettura e consultazione delle parti di interesse.

*Approfondimenti*. Contiene i riferimenti teorici del modello relazionale Ippocrates e approfondimenti tematici sugli aspetti relazionali.

### **“Ho Bisogno di Te. Anche le Parole Curano”: ricerca sugli atteggiamenti dei medici e sui bisogni dei pazienti**

È stata infine realizzata un'ulteriore ricerca per sensibilizzare medici e pazienti dell'Istituto sull'intervento Ippocrates e per fornire strumenti che aiutassero ad approfondire aspetti relazionali di loro interesse.

La ricerca “Ho Bisogno di Te. Anche le Parole Curano” ha coinvolto medici e pazienti attraverso due distinti questionari.

La compilazione anonima di tali questionari ha permesso ad ogni medico di conoscere in modo proiettivo la prevalenza dei propri atteggiamenti relazionali e ai singoli pazienti la prevalenza degli specifici bisogni relazionali.

Ogni medico che ha partecipato all’indagine, sulla base delle proprie risposte, ha potuto definire le sue predisposizioni verso le situazioni previste dal Modello Relazionale Ippocrates.

Per quanto riguarda i pazienti, ognuno, sulla base delle proprie risposte, ha potuto individuare i suoi bisogni relazionali prevalenti e definire, quindi, le priorità.

1. Già nel 1979, uno studio americano evidenziò come la reale consapevolezza dei disturbi del paziente da parte del medico fosse correlata con la loro diminuzione [Stewart M.A., Mcwhinney I., Buck C., “*The doctor/patient relationship and its effect upon outcome*”, J R Coll Gen Pract. Feb 1979; 29(199): 77–82]. Ricerche successive hanno dimostrato che il miglioramento delle capacità comunicative dei medici, dopo un training formativo, era associato alla diminuzione dello stress emotivo del paziente e che la qualità della comunicazione, sia in fase di anamnesi che di discussione del piano terapeutico, aveva un impatto positivo

sull’outcome clinico [Roter D.L., Hall J.A. (1992), “*Doctors Talking With Patients, Patients Talking With Doctors*”, Auburn House, Westport, Conn]. Tali dati sono stati confermati da successivi studi sulla correlazione tra buona relazione medico - paziente e compliance.

È stato dimostrato che l’atteggiamento del clinico verso i suoi pazienti, in particolare la predisposizione all’ascolto, il rispetto verso i bisogni del malato e della sua famiglia, hanno permesso una maggiore aderenza al trattamento e la riduzione del fenomeno “doctor shopping”, un vero e proprio pellegrinaggio del paziente alla ricerca del medico migliore con conseguenti continue interruzioni di cura [Stewart M.A., “*Effective physician-patient communication and health outcomes: a review*”, CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423-33].

2. Stewart M.A., et al. “*The impact of patient-centered care on outcomes*”, J Fam Pract. 2000 Sep;49(9):796-804.

3. I pazienti chiedevano una maggiore informazione circa la propria malattia e il decorso, maggiore trasparenza sulla terapia farmacologica e sui suoi effetti collaterali, consigli sulla gestione della malattia e del proprio stile di vita [Meryn S., “*Improving doctor-patient communication*”, BMJ. Jun 27, 1998; 316(7149): 1922–1930].

4. Moore P.J., Adler N.E., Robertson P.A., “*Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions*”, West J Med. 2000 Oct;173(4):244-50.

5. Fondazione Giancarlo Quarta (2006), Ricerca “*La relazione medico paziente in contesti critici*”, [www.fondazionegiancarloquarta.it](http://www.fondazionegiancarloquarta.it)

6. Manary M.P., Boulding W., Staelin R., Glickman S.W., “*The patient experience and health outcomes*”, N Engl J Med. 2013; 368:201-203.

7. Gaggi M., “*New York, il voto dei pazienti cambia lo stipendio ai medici*”, Corriere della Sera, 13/01/2013, pag. 27.

8. Skinner B.F., (1971), “*Scienza e comportamento*”, Franco Angeli Editore, Milano; Wolpe J., (1984), “*Tecniche di terapia del comportamento*”, Franco Angeli Editore, Milano.

9. Gleick J., (1989), “*Caos*”, Rizzoli Editore, Milano; Waldrop M.M., (1996), “*Complessità*”, Instar Libri Editore, Torino; Capra F., (1997), “*La rete della vita*”, Rizzoli Editore, Milano.

10. Lewin K., (2005), “*La teoria, la ricerca, l'intervento*”, Il Mulino Editore, Bologna.

## VOLTI E CIFRE DEL PROGETTO

Ippocrates è un progetto pilota di ricerca - intervento sul tema della relazione di cura.

Nasce nel 2010 dal presupposto che la modalità di relazione deve procurare reciproca soddisfazione ai protagonisti del rapporto: malati, loro familiari e medici.

Si propone di contribuire a potenziare le abilità di relazione dei medici attraverso un processo innovativo di valorizzazione dei loro comportamenti positivi, rilevati con interviste ai pazienti e ai familiari.

Le prime attività hanno riguardato la definizione delle modalità di trasmissione del *know how* di relazione: lettere individuali di apprezzamento corredate da note esplicative, disponibili in modo anonimo anche su un sito creato ad hoc.

Nel 2011, dopo una prima verifica di fattibilità in alcuni contesti clinici, il progetto Ippocrates viene presentato ai vertici dell'Istituto Nazionale dei Tumori e viene approvato. Sarà realizzato a titolo gratuito e rivolto ai giovani medici. Sei giovani laureate con competenze psicologiche emergono dalla selezione dei ricercatori.

Nel 2012 le ricercatrici vengono formate alla metodologia behaviorista con particolare riferimento ai comportamenti mirati agli obiettivi (assertività), ai risultati (rinforzi) e agli scopi (qualità relazionale). Successivamente svolgono la prima rilevazione della qualità relazionale percepita dai pazienti e iniziano a intervistarli, raccogliendo casi di buona relazione dei medici.



Valeria Crespi



Emanuela Dalle Molle



Carlotta Ghironi



Valeria Madaschi



Silvia Mele



Adriana Tremolada

Ricercatrici



Andrea Di Ciano



Antonella Neglia

### Coordinatori

Nel 2013 prosegue la raccolta delle interviste e le conseguenti attività. A maggio, dopo che per un anno i medici hanno ricevuto lettere d'apprezzamento, viene svolta una verifica di efficacia rispetto alla rilevazione iniziale del maggio 2012 che fa registrare un incremento della qualità relazionale superiore al 16%.

A fine novembre 2013 si conclude il complesso e lungo intervento, che si è avvalso del lavoro di due coordinatori. Sono stati coinvolti oltre 5000 pazienti e sono state inviate più di 360 lettere di rinforzo ai medici.

Nel maggio 2014, sei mesi dopo il termine della ricerca, viene realizzata la rilevazione di efficacia conclusiva. I pazienti indicano un miglioramento, rispetto al maggio 2012, di oltre il 50%. La sintesi dei principali risultati raggiunti è contenuta nei numeri della tabella pubblicata nella pagina accanto.

- 5041 i pazienti coinvolti nella ricerca.
- 24 i mesi di durata del progetto: l'intervento è iniziato nel 2012 e terminato nel 2013; nel maggio 2014 è stata svolta l'ultima rilevazione di efficacia.
- 363 le lettere di ringraziamento e apprezzamento inviate ai medici, ai direttori delle strutture di riferimento e ai vertici aziendali.
- 135 i medici che hanno ricevuto una o più lettere di rinforzo.
- 16,33% il potenziamento, percepito dai pazienti, della qualità relazionale espressa dai medici dopo 12 mesi di rinforzi: da maggio 2012 a maggio 2013.
- 47,62% il potenziamento, percepito dai pazienti, della qualità relazionale espressa dai medici dopo 18 mesi di rinforzi: dal maggio 2012 alla conclusione dell'intervento nel novembre 2013.
- 54,42% il potenziamento, percepito dai pazienti, della qualità relazionale espressa dai medici nel maggio 2014, dopo 6 mesi dalla conclusione dell'intervento: da maggio 2012 a maggio 2014.



## CAPITOLO TERZO LA METODOLOGIA RELAZIONALE IPPOCRATES

### Il Modello Relazionale Ippocrates

Per presentare le logiche relazionali in modo sistematico e trasferire il relativo *know how* ci siamo avvalsi del Modello di seguito descritto. Questo modello è stato sviluppato a partire da una struttura di base collaudata che avevamo utilizzato, per molti anni e con successo, in attività di formazione con oltre 20.000 soggetti di differenti e importanti realtà aziendali e di diverse competenze professionali.

Si tratta di un Modello per Obiettivi, Risultati e Scopi, ovvero rispettivamente orientato al “fare” del soggetto agente, al “far fare” al suo interlocutore e ad appagare i bisogni relazionali di entrambi.

In termini pratici, se nel corso di una visita medica il dottore volesse esporre il proprio parere su una terapia, potrebbe raggiungere l’obiettivo attraverso argomentazioni che chiariscano “come stanno le cose”: il funzionamento, gli esiti e gli effetti collaterali. Se, oltre a ciò, mostrasse la specifica utilità per il paziente di quella terapia, potrebbe conseguire il risultato di farlo aderire razionalmente al piano terapeutico. Infine, se il medico verificasse l’effettiva comprensione di quanto espresso da parte del paziente, raggiungerebbe l’ulteriore risultato di essere certo della consapevolezza del malato rispetto a quanto esposto.

Lo scambio relazionale, così strutturato, conseguirebbe lo scopo del malato di comprendere razionalmente, di superare dubbi e

incertezze; quello del medico di farsi comprendere. Il modello di matrice comportamentista proposto ai medici si basa sul concetto di efficacia relazionale, intendendo con tale termine la capacità di adottare quei comportamenti che hanno la maggior probabilità di soddisfare direttamente il particolare bisogno dell'interlocutore nella determinata situazione di rapporto.

Gli incontri tra persone sono definiti da specifiche esigenze, esplicite o implicite, degli interlocutori coinvolti: i Bisogni Relazionali. Ogni incontro contiene uno o più bisogni. Il modello individua 5 tipologie di bisogni che configurano altrettante Situazioni Sociali.

In ogni Situazione l'adozione di precisi comportamenti relazionali, detti Rinforzi, mira a soddisfare direttamente i bisogni dell'interlocutore con la massima probabilità di raggiungere gli Obiettivi, i Risultati e gli Scopi.

### **Le situazioni sociali**

Le situazioni sociali del modello derivano dai bisogni fondamentali individuati da Abraham Maslow<sup>1</sup> e classificati in cinque categorie, in base a una gerarchia biologica ed esistenziale. Secondo l'autore, quando un soggetto affronta una "nuova situazione", i suoi bisogni si presentano con una precisa gerarchia di priorità da soddisfare: dai Bisogni Primari ai Bisogni di Sicurezza, dai Bisogni Sociali ai Bisogni di Stima e infine ai Bisogni di Autorealizzazione. Per Maslow, una volta soddisfatto sufficien-

temente il bisogno dominante, il soggetto si orienta anche verso il soddisfacimento del bisogno successivo, e così via. Questo percorso di soddisfazione dei bisogni, di fronte alle situazioni nuove, come ad esempio un nuovo lavoro, una nuova malattia, è stato schematizzato nella celebre "Scala dei Bisogni".

A partire da questi presupposti abbiamo adattato la teoria di Maslow al contesto della relazione medico - paziente e rinominato i bisogni dei pazienti, mantenendo l'ordinamento gerarchico: Bisogni di Comprensione Razionale; Bisogni inerenti al Futuro; Bisogni connessi alla sfera del Privato; Bisogni di Attenzione e Bisogni di Decisione.

Sulla base della nuova classificazione abbiamo definito le 5 situazioni sociali che costituiscono il modello:

La Situazione "COMPRESIONE" Razionale, caratterizzata dal bisogno del paziente di capire chiaramente e di approfondire la propria condizione clinica.

La Situazione "FUTURO", definita dal bisogno del paziente di sapere come evolverà la propria condizione o percorso clinico e, in particolare, i rapporti con il medico.

La Situazione "PRIVATO", connessa al bisogno del paziente di essere compreso emotivamente e di avvertire un clima relazionale disteso.

La Situazione "ATTENZIONE" riguarda il bisogno del paziente di essere riconosciuto come persona e di ricevere manifestazioni di considerazione da parte del medico.

La Situazione "DECISIONE", definita dal bisogno del paziente di superare l'indecisione e di sapere come agire.

## I rinforzi relazionali

Il modello indica i tipi di comportamento relazionale, detti Rinforzi Positivi, in grado di corrispondere in modo opportuno alle necessità di ogni situazione sociale. La cornice teorica di riferimento è rappresentata, infatti, dagli studi comportamentisti sui rinforzi di matrice skinneriana.<sup>2</sup> I motivi di questa scelta sono stati dettati dalla necessità di fornire ai medici uno strumento in grado di agire efficacemente in un contesto caratterizzato da un elevato livello di complessità. Questo tipo di modello si è infatti già rivelato valido in altri ambiti professionali, contraddistinti da vincoli e da molteplici fattori interconnessi.

Per rinforzi si intendono i comportamenti rivolti ai propri interlocutori per stimolarli a manifestare determinate azioni, ossia per indurli “a fare o a non fare” e possono essere di due tipi: Rinforzi Positivi e Rinforzi Negativi.

Il Modello Relazionale Ippocrates utilizza esclusivamente i rinforzi positivi, sia per ragioni legate alla natura dell'intervento, sia per ragioni teoriche, che tengono conto delle osservazioni di Skinner<sup>3-4</sup> sulla maggiore efficacia del rinforzo positivo rispetto a quello negativo per modificare il comportamento altrui.<sup>5</sup>

Lo studioso americano sosteneva infatti che il rinforzo positivo (incentivo) è in grado di stimolare adeguati e duraturi mutamenti comportamentali, mentre il rinforzo negativo (sanzione) induce cambiamenti comportamentali inadeguati.

Per rinforzi positivi si intendono tutti quei contributi, riconoscimenti, premi e remunerazioni che creano piacere, soddisfazione

e appagamento di bisogni nei soggetti che li ricevono e producono di conseguenza positive risposte comportamentali.

Questi rinforzi possono essere distinti in due categorie:

Rinforzi Positivi Generici che stimolano in chi li riceve la manifestazione di comportamenti positivi, favorevoli alla situazione sociale. Con l'uso di tali rinforzi non è però prevedibile quando i comportamenti positivi saranno manifestati, né in cosa consistiranno.

Rinforzi Positivi Puntuali che inducono la ripetizione dei comportamenti apprezzati e valorizzati. Questi rinforzi, che possono inoltre indurre il miglioramento dei comportamenti rinforzati, sono anche definiti Rinforzi Differenziali in quanto creano differenze, evidenziando la positività di alcuni aspetti comportamentali e proiettando ombre sui comportamenti ignorati e non valorizzati.

Il Modello Ippocrates definisce quindi cinque tipi di rinforzi positivi relazionali, che corrispondono in modo mirato e diretto ai bisogni sottesi alle cinque situazioni sociali sopra descritte.

**Il Rinforzo di Razionalità** corrisponde ai bisogni relativi alle situazioni sociali di Comprensione Razionale e permette di chiarire una determinata questione e di rassicurare, o comunque rendere consapevole, il paziente. Il mezzo principale del rinforzo è costituito dalla spiegazione e dall'argomentazione razionale. Attraverso questo tipo di rinforzo è possibile fornire, per esempio, informazioni adeguate, illustrare vantaggi e svantaggi della

situazione, mostrare la specifica utilità. Il corretto utilizzo del rinforzo di razionalità permette quindi di attendersi comportamenti consapevoli da parte del paziente.

Il **Rinforzo di Continuità** soddisfa i bisogni relativi alle situazioni sociali di Futuro e consente di sostenere il paziente, garantendo la continuità del comportamento positivo proprio o della struttura. I mezzi principali utilizzati dal rinforzo sono la pianificazione e la definizione delle modalità di prosecuzione del rapporto. Attraverso il rinforzo di continuità è possibile trasmettere sicurezza sui trattamenti futuri che dovessero rendersi necessari, assicurare la propria assistenza continuata, creare reciproca fiducia. Il corretto utilizzo di questo tipo di rinforzo consente quindi di attendersi comportamenti continui positivi da parte del paziente.

Il **Rinforzo di Influenzamento** risponde ai bisogni definiti dalle situazioni sociali di Privato e permette di fluidificare e facilitare il rapporto. Questo tipo di rinforzo rappresenta da un lato la strategia comportamentale più debole e meno strutturale, dall'altro quella più flessibile e sempre disponibile, persino nelle circostanze considerate impossibili. Il mezzo principale di questo rinforzo è rappresentato dall'offerta di comportamenti favorevoli come le manifestazioni di sentimenti, l'incoraggiamento, le promesse e la disponibilità. Attraverso il rinforzo di influenzamento è possibile esprimere vicinanza emotiva, fino a offrire benefici mirati all'interlocutore. L'uso del rinforzo consente quindi di attendersi da parte del paziente comportamenti favorevoli nuovi.

Il **Rinforzo di Valorizzazione** corrisponde ai bisogni afferenti alle situazioni sociali di Attenzione e permette di informare il paziente dell'adesione ad alcune sue posizioni, utilizzando comportamenti, osservazioni, considerazioni e valori da lui espressi. I principali mezzi del rinforzo sono le manifestazioni di riconoscimento e di concordanza. Attraverso rinforzi di questo tipo è possibile verificare accordo o consenso, manifestare apprezzamento e valorizzazione nei confronti dell'interlocutore. Il corretto uso del rinforzo rende quindi possibile attendersi dal paziente la ripetizione di specifici comportamenti positivi.

Infine, il **Rinforzo di Realizzazione** soddisfa i bisogni relativi alle situazioni sociali di Decisione e permette di orientare il paziente, fornendogli soluzioni relative al suo problema. I principali mezzi del rinforzo sono la presentazione di proposte e soluzioni, le richieste di cambiamento e le istruzioni realizzative. Attraverso il rinforzo di realizzazione è possibile far sì che l'interlocutore metta in atto determinati comportamenti, superando eventuali resistenze e vincendo le relative esitazioni. L'uso del rinforzo consente quindi di attendersi dal paziente comportamenti positivamente modificati.

### La Matrice

I cinque tipi di bisogni che caratterizzano le situazioni sociali e i cinque tipi di rinforzi presentati descrivono il Modello Ippocrates, schematizzato dalla matrice che segue.

Definiamo Dimensione Relazionale ciascuna riga della Matrice. La Matrice, in ogni dimensione, mostra l'articolazione argomentativa che permette di raggiungere in modo efficace gli obiettivi e i risultati.

Il percorso argomentativo implica perseveranza nell'azione, fino

alla verifica del suo successo. Prima di passare ad altri argomenti, il medico deve quindi verificare gli effetti delle sue parole e se necessario approfondire i punti ancora lacunosi. Solamente in questo modo può essere certo di aver conseguito quanto atteso dalla situazione data.

La lettura della Matrice è ad accesso multiplo: l'ingresso può essere dalle situazioni sociali da affrontare e quindi dai bisogni relazionali del paziente da soddisfare, dai rinforzi da utilizzare, dagli obiettivi o dai risultati da raggiungere.

Nel paragrafo che segue, utilizzando stralci di interviste di pa-

### La matrice

SITUAZIONI BISOGNI	RINFORZI		OBIETTIVI		RISULTATI 1	RISULTATI 2
COMPrensione	RAZIONALITÀ	CHIARIMENTI SPIEGAZIONI	CHIARIRE LA SITUAZIONE CLINICA		FAR COMPRENDERE RAZIONALMENTE	VERIFICARE COMPrensione RAZIONALE
FUTURO	CONTINUITÀ	PIANIFICAZIONI FIDUCIA	PIANIFICARE IL PERCORSO CLINICO		CREARE FIDUCIA	CREARE FIDUCIA ANCHE CON EQUIPE MEDICA
PRIVATO	INFLUENZAMENTO	VICINANZA AIUTO	MOSTRARE COMPrensione EMOTIVA		FAR SENTIRE COMPRESO EMOTIVAMENTE	CREARE EMOTIVITÀ POSITIVA
ATTENZIONE	VALORIZZAZIONE	ASCOLTO APPREZZAMENTO	MOSTRARE ATTENZIONE		FAR SENTIRE RICONOSCIUTO	CREARE CONDIVISIONE
DECISIONE	REALIZZAZIONE	PROPOSTE SOLUZIONI	PROPORRE DELLE SOLUZIONI		ORIENTARE ALLA DECISIONE	GUIDARE ALL'AZIONE

zienti raccolte nel corso del progetto Ippocrates, mostriamo un esempio del funzionamento del modello per ogni dimensione relazionale.

Descriviamo, nell'ordine sopra presentato, i bisogni dei pazienti che costituiscono le situazioni sociali e i rinforzi utilizzati dal medico per corrispondere efficacemente a ciascuno di essi.

Nel capitolo quinto, invece, analizziamo alcuni casi di pazienti caratterizzati ognuno da più bisogni e diamo evidenza degli effetti prodotti sul rapporto dalle varie argomentazioni espresse dai medici, relative a differenti dimensioni relazionali.

1. Maslow A., (1973), *“Motivazione e personalità”*, Armando Editore, Roma
2. Skinner B.F., (1976), *“Il comportamento verbale”*, Armando Editore, Roma
3. Skinner B.F., (1975), *“Walden Due. Utopia per una nuova società”*, La Nuova Italia Editore, Firenze
4. Skinner B.F., (1971), *“Scienza e comportamento”*, Franco Angeli Editore, Milano
5. Per quanto riguarda la modificazione comportamentale in caso di errore, precisiamo che l'intervento efficace deve rispettare alcuni fondamentali principi. Il rilievo sull'errore, rinforzo negativo, deve essere svolto direttamente dal soggetto che ha ricevuto e verificato il comportamento errato, non da intermediari; nel tempo più vicino possibile alla manifestazione dell'errore, per essere aderenti ai fatti e non ai ricordi; argomentando sull'errore, non sul soggetto che l'ha commesso; in modo privato, non in pubblico. Se, come spesso accade, il rapporto tra i due protagonisti deve continuare, è inoltre necessario pianificare una modalità di prosecuzione del rapporto di reciproca soddisfazione. Queste ragioni hanno determinato la scelta del Progetto Ippocrates di escludere la raccolta dei casi di insoddisfazione vissuti dai pazienti.

## Viaggio in un mondo dalle regole sconosciute

### Il bisogno di capire

La malattia oncologica, come ogni patologia critica, rappresenta un evento che modifica radicalmente la prospettiva esistenziale del paziente e dei suoi cari e il suo rapporto con il corpo. Gradualmente o all'improvviso “qualcosa non va”. Un esame diagnostico, più o meno preceduto da una serie di sintomi, lo pone in una nuova ottica e gli impone un'esperienza “altra”.

Questa cesura rappresenta una “condizione iniziale” che segna in modo indelebile la vita del paziente. Le condizioni caratteristiche di questo momento sono la paura e l'incertezza. Il malato avverte il bisogno primario di capire la propria condizione e le possibilità di farvi fronte.

Il paziente è infatti catapultato in un mondo ignoto, di cui, in genere, non conosce né il contenuto né le regole. In questi casi il medico è investito di molteplici aspettative e responsabilità, reali e simboliche, fondate o infondate che siano. Dal punto di vista relazionale, il dottore può assumere un ruolo fondamentale per accompagnare il paziente nei primi passi di questa nuova fase della vita, contribuendo a ridefinire i confini dell'esperienza, eliminando quegli aspetti irrazionali che spesso accompagnano il tumore.

Le parole del medico sono quindi determinanti, innanzitutto

per chiarire come stanno le cose. Le sue argomentazioni razionali possono infatti favorire i processi di rassicurazione, quando è possibile, o comunque di consapevolezza del paziente. Gli stralci dell'intervista con un paziente dell'Istituto Nazionale dei Tumori, di seguito riportati, mostrano nel concreto gli effetti prodotti dall'argomentazione razionale.

### **Non riesco a credere di avere un tumore**

Un uomo di circa 70 anni, a cui è stato diagnosticato un tumore al polmone, racconta di aver scoperto la malattia attraverso alcuni approfondimenti successivi all'asportazione di un melanoma. La diagnosi del tumore ha suscitato in lui molti dubbi e resistenze:

*“Nonostante la mia età, ho goduto sempre di ottima salute. Quando ho scoperto la malattia stavo bene, non avevo sintomi per cui non riuscivo a credere di avere un tumore. Dato il mio buono stato di salute, sottovalutavo la gravità della mia situazione clinica...”*

Il paziente spiega come le argomentazioni del medico siano state fondamentali per fargli acquisire consapevolezza:

*“Mi ha detto che servivano nuovi esami per avere un'idea precisa della situazione, così da poter intervenire nel miglior modo possibile. Ha aggiunto che l'intervento avrebbe potuto anche rilevare una situazione più complessa. Tuttavia, dagli esami già disponibili, emergeva che il tumore era ancora piccolo e per questa ragione, nonostante la malattia, mi sentivo bene”*.

Il dottore appaga immediatamente il bisogno del paziente di capire la propria condizione clinica, incomincia illustrando le nuove esigenze diagnostiche e definisce i possibili rischi. Passa poi a spiegare le ragioni del benessere apparente del paziente, dicendo come stanno le cose [**Rinforzo di Razionalità**].

Il paziente prosegue il suo racconto:

*“Ha detto che, nei casi come il mio, era necessaria un'operazione per asportare il tumore. L'intervento mi avrebbe permesso di stare nuovamente bene: proprio perché il tumore era ancora poco diffuso, avrebbero potuto togliere solo il lobo superiore del polmone e permettermi una soddisfacente qualità di vita”*.

La seconda parte dell'argomentazione del medico è mirata a modificare l'idea del paziente rispetto alla propria condizione clinica e al modo di affrontarla. Quindi illustra l'opzione terapeutica prevista in casi analoghi, evidenziando l'utilità dell'intervento: consentire al paziente di ritornare a stare bene. Il medico insiste sui vantaggi connessi all'attuale condizione clinica, ossia la scarsa diffusione del tumore, per far capire al paziente quanto sia urgente la rimozione [**Rinforzo di Razionalità**].

Le parole del medico hanno modificato la rappresentazione mentale del suo stato di salute. Il percorso razionale ha infatti permesso al malato di superare, quanto meno a livello cognitivo, la propria incredulità rispetto alla diagnosi e di diventare consapevole della propria condizione clinica. Questo passaggio è particolarmente importante non solo per il paziente, ma an-

che per il medico. Una volta che l'interlocutore è consapevole, non necessariamente accetterà i consigli o le proposte terapeutiche del medico, ma saprà senz'altro le conseguenze implicate dalla sua scelta.

### Il bisogno di sicurezza nel futuro

La malattia e la terapia sono quindi state definite e ora hanno un nome. Il paziente, grazie alle parole del medico, è rassicurato o comunque consapevole della sua condizione: dal punto di vista razionale è tutto chiaro.

Comincia dunque una nuova fase in cui il focus si sposta verso il futuro: "e ora?". Ancora una volta le situazioni possono essere molto diverse, la comprensione della propria condizione può essersi manifestata come una "bastonata in testa" oppure attraverso un processo di assimilazione più lungo. Si apre un momento in cui domina il senso di smarrimento o di preoccupazione per il futuro sia clinico che esistenziale.

Questo solitamente è un periodo assai delicato, cruciale dal punto di vista della relazione. Il modo in cui sarà affrontato può determinare i successivi sviluppi della malattia. Di fronte alla strada che dovrà intraprendere, il paziente avverte il bisogno di sicurezza e di non sentirsi solo.

Il medico, pur non disponendo di una sfera di cristallo, può assumere un ruolo fondamentale per definire e prospettare il cammino che il malato dovrà affrontare e le aspettative che vi

potrà riporre. La prospettiva del futuro si determina attraverso un processo di esplicitazione delle aspettative lecite sia del medico sia del paziente. Tali parole stabiliscono le "regole del gioco" della relazione. Il medico sa di non poter delineare certezze, ma può fornire una pianificazione di ciò che accadrà al paziente in termini sia clinici che relazionali. Le argomentazioni possono inoltre, attraverso dichiarazioni di garanzie e assunzione di impegni reciproci<sup>1</sup>, far sentire il paziente protetto e sostenuto, creare fiducia e perseveranza verso il risultato. Le parole di un altro paziente aiutano a ripercorrere i concetti appena espressi.

### Conosco il mio percorso e so che il dottore continuerà a sostenermi

Un signore di circa 50 anni ha subito l'ultima di una serie di operazioni per un sarcoma al piede, che ha portato all'amputazione di una parte dell'arto.

Il paziente ricorda:

*"Quando il medico mi ha comunicato la notizia dell'amputazione, ho provato profonda preoccupazione; mi chiedevo che cosa sarebbe successo dopo l'operazione e come avrei fatto a gestire, da solo, la situazione. Ho molto apprezzato il dottore, che in un momento particolarmente critico, ha subito illustrato il percorso che aveva pianificato per me. Ha detto che dopo l'intervento sarei stato rico-*

*verato presso una struttura specializzata, dove avrei ricevuto tutti i trattamenti necessari e dove mi avrebbero costruito una protesi. Una volta che la situazione si fosse stabilizzata, sarei tornato in Istituto per seguire alcuni cicli di chemioterapia”.*

Di fronte al comprensibile senso di smarrimento del malato, il medico innanzitutto disegna una rotta, descrive con precisione ciò che si verificherà durante il percorso terapeutico, riuscendo in tal modo a trasmettere sicurezza al paziente riguardo agli aspetti più strettamente clinici [**Rinforzo di Continuità**].

Il malato prosegue:

*“Ho detto al medico che ero molto preoccupato per il periodo che sarebbe trascorso tra le dimissioni dall'Istituto e il ricovero presso l'altra struttura; in quei giorni, infatti, non avrei ancora avuto la protesi e a casa non ci sarebbe stato nessuno ad aiutarmi. Il dottore mi ha assicurato che non avrei trascorso nemmeno un giorno a casa senza protesi, ha aggiunto che mi avrebbero garantito tutta l'assistenza fino al trasferimento nell'altro ospedale e anche da quella struttura sarei stato dimesso solo dopo aver fatto quanto necessario”.*

La seconda argomentazione del medico presenta, ancora una volta, in maniera più esaustiva, le prospettive terapeutiche e di gestione personale. Inoltre, in un passaggio molto significativo, il dottore offre precise garanzie di assistenza continuata al paziente. In questo modo il medico mette in atto un comportamento di relazione molto importante: riesce a far sentire il

paziente protetto e a infondere fiducia, non solo nei confronti suoi e dell'Istituto, ma anche nell'altra struttura [**Rinforzo di Continuità**].

### Il bisogno di comprensione emotiva

Nell'itinerario ideale finora delineato, a questo punto il paziente sa come stanno le cose, è consapevole della propria condizione clinica. Anche il percorso futuro è stato tracciato; è quindi sicuro della continuità dei trattamenti clinici e dei rapporti con il medico. Può pertanto tornare a rivolgersi al presente e alle sue emozioni, al suo vissuto di fronte all'esperienza “altra” della malattia. Il malato di una patologia critica prova sempre uno stato di disagio: fisico, innanzitutto, ma anche per tutto ciò che la sua condizione comporta per la “vita parallela alla malattia”: i rapporti familiari, lavorativi, sociali. Nel paziente critico è quindi sempre presente e trasversale il bisogno di essere compreso emotivamente e di avvertire un clima relazionale favorevole in grado di compensare il disagio che sta provando.

Il dottore per soddisfare tali bisogni, se riesce a “togliere il camice”, come spesso si dice, ha a disposizione un potente strumento di relazione, costituito da argomentazioni e gesti che influenzano. Questi comportamenti consentono di affrontare qualsiasi situazione sociale, anche quelle definite “impossibili”, tali per cui non è consentito adottare adeguatamente altre strategie relazionali.

Nonostante l'efficacia universale, questi comportamenti evidenziano un limite: la risposta positiva non mancherà, ma non sono invece certi il momento in cui verrà espressa e il suo contenuto. Il medico può innanzitutto manifestare vicinanza emotiva per ciò che il paziente sta provando, mostrando di comprendere stati emotivi alti e bassi.

Questa vicinanza può concretizzarsi con espressioni di sentimenti ed emozioni, con manifestazioni di flessibilità e disponibilità o attraverso aiuti concreti, fino a far sentire il paziente confortato, motivato o incoraggiato.

Gli stralci di seguito riportati mostrano un esempio di quanto esposto.

### **Togliersi il camice per capire la vita parallela alla malattia**

Una paziente di circa 35 anni, dopo aver subito una mastectomia per un carcinoma al seno, deve affrontare dei cicli di chemio e radio terapia. Durante il primo ciclo, i medici rilevano la necessità di inserire un *port* e la signora viene quindi ricoverata per eseguire l'operazione.

La paziente racconta:

*“Sono molto timida e riservata e perciò fatico a chiedere delucidazioni sulla mia patologia e su ciò che sta accadendo. Di solito entro proprio in un tale stato di ansia da dimenticarmi tutte le domande che a casa mi preparo prima di una visita. Proprio durante l'ulti-*

*mo ricovero, però, ho trovato una dottoressa che si fermava spesso vicino al mio letto e mi chiedeva, con un grande sorriso, come andava e come avevo trascorso la giornata, cose così. La dottoressa, con la sua cortesia e disponibilità, è riuscita a farmi sciogliere e ho posto tutte le domande che non avevo fatto in precedenza”.*

Il medico, avvicinandosi fisicamente al letto e senza l'uso delle parole, con un grande sorriso cerca e riesce a far sentire la paziente a proprio agio [**Rinforzo di Influenzamento**]. Il contenuto della comunicazione verbale, in questo caso, non riveste importanza per il significato del messaggio, ma perché diventa uno strumento fondamentale per “accorciare le distanze” ed esprimere calore interpersonale, predisponendo favorevolmente la paziente per il prosieguo dell'incontro e per quelli successivi [**Rinforzo di Influenzamento**].

La paziente, infatti, continua il racconto:

*“In questo modo è riuscita a calmarmi e mi ha aiutata a trovare il coraggio per domandarle di chiarirmi alcuni dubbi. La dottoressa ha preso una sedia e si è seduta vicino al mio letto. Avevo preparato una lista di domande su un foglio perché temevo di dimenticare tutto, ma ho iniziato a porre le prime domande anche senza leggere i miei appunti”.*

La disponibilità della dottoressa si conferma con l'uso appropriato di importanti comportamenti non verbali quali avvicinarsi e sedersi. Il medico dimostra sensibilità, permette alla

paziente di sentirsi calma e incoraggiata [**Rinforzo di Influenzamento**] fino a porre le domande a lungo procrastinate, anche senza l'ausilio dei suoi promemoria.

La paziente ricorda, per quanto attiene al punto ora in esame, un altro passaggio molto apprezzato:

*“Mentre la dottoressa parlava mi sono messa addirittura a prendere appunti su quello che mi stava dicendo. Quando ho iniziato a scrivere, ha cominciato a parlare più lentamente, consentendomi di annotare tutto. Sono finalmente tornata a casa con il mio vademecum riguardante i farmaci da prendere, il dosaggio per ogni sintomo e le istruzioni necessarie ad affrontare la terapia e i suoi effetti. Mi sono sentita molto più tranquilla!”*

Il comportamento del medico, in questo caso, è segnato da una modalità “influenzante” che accompagna anche l'uso di altre argomentazioni più specifiche. Mostra benevolenza non di facciata nei confronti della paziente e lascia trasparire sincera volontà di aiuto e di rendere le cose più facili [**Rinforzo di Influenzamento**]. Spesso questi comportamenti possono sembrare dettagli rispetto alla sostanza delle cose. Eppure, come nell'esempio riportato, le spiegazioni e le argomentazioni razionali utilizzate dal medico, se non accompagnate da quei “piccoli” gesti che infondono calore e vicinanza e diradano la “nebbia mentale” prodotta dall'ansia, non avrebbero potuto essere effettivamente recepite e comprese dalla paziente.

## Il bisogno di attenzione

A questo punto il paziente, che ha visto man mano soddisfatti i suoi bisogni immediati, può anche volgersi al passato e alla sua storia personale. Il malato, come ogni individuo, è portatore di una propria visione del mondo e di particolari interessi, prospettive e desideri.

Anche per il paziente, quindi, diventa fondamentale il bisogno d'essere riconosciuto come soggetto, di non sentirsi un numero, ma portatore di specifiche istanze che necessitano attenzione da parte del medico.

Il dottore, inizialmente, non può esimersi da una fase di ascolto attivo, in quanto attività propedeutica e necessaria per cogliere l'effettiva soggettività del paziente. I comportamenti e le argomentazioni del medico, in tal senso, attraverso manifestazioni di immedesimazione, scrupolosità, accordo, apprezzamento e valorizzazione possono determinare nel paziente un processo di convincimento e, quindi, di accettazione della propria condizione e adesione al percorso terapeutico sia sul piano razionale che emotivo.

## Condivido ciò che lei desidera fare

Una signora di circa 30 anni racconta di essere in cura da due anni in Istituto, dove sta seguendo la chemioterapia per il tumore da cui è affetta:

*“Recentemente mi sono trovata ad affrontare un momento parti-*

*colarmente delicato. Premetto che, sin dall'inizio della mia esperienza di malattia, sono stata seguita anche presso il reparto di terapia del dolore perché le cure mi provocano molta sofferenza. Da poco tempo si è presentata la possibilità di modificare il mio piano terapeutico: avrei potuto iniziare un trattamento radioterapico come rimedio anche contro il dolore, ma ciò avrebbe comportato la temporanea interruzione della chemioterapia a cui mi stavo sottoponendo e un conseguente rallentamento del piano di cura. Ho detto alla dottoressa che la soluzione non mi convinceva e che in quel momento per me era molto importante vedere riconosciuto il mio ruolo di paziente, con i miei bisogni e le mie opinioni. In quella situazione difficile, in cui entrambe le opzioni di cura erano valide, ho molto apprezzato il comportamento della dottoressa, perché non ha imposto dall'alto la sua opinione, ma ha detto una frase molto significativa: «Signora, ammiro le sue considerazioni e le chiedo cosa desidera fare. Lei è la paziente, per cui il suo bisogno è prioritario» e ha aggiunto che, qualunque fosse la mia scelta, lei sarebbe stata d'accordo con me».*

Di fronte alle alternative terapeutiche la dottoressa dà valore alle riflessioni della paziente e le permette di optare per quella che ritiene più adeguata dal suo punto di vista. Le parole del medico sono particolarmente apprezzate perché non suonano come un modo di prendere le distanze o di “lavarsene le mani”, ma evidenziano invece un reale interesse per la paziente, un riconoscimento della sua opinione e dei suoi desideri come fattore discriminante per la definizione della via terapeutica da seguire

[**Rinforzo di Valorizzazione**]. Anche la seconda argomentazione della dottoressa è molto importante, in quanto, per rafforzare quanto sopra espresso, anticipa il proprio accordo qualsiasi fosse stata la decisione, facendo in tal modo sentire alla paziente la propria partecipazione [**Rinforzo di Valorizzazione**].

La paziente conclude il racconto ricordando un ulteriore passaggio per lei particolarmente significativo:

*“Ho, quindi, avuto modo di esprimerle il mio desiderio di continuare la chemioterapia, anche a costo di dover sopportare il dolore. La dottoressa, dopo avermi ascoltata attentamente, ha condiviso il mio punto di vista e ha detto che, se era ciò che davvero volevo, era giusto che continuassi la chemioterapia”.*

Quest'ultimo scambio si rivela molto importante dal punto di vista relazionale: la dottoressa, infatti, ascoltando attentamente la paziente, mostra considerazione per ciò che lei dice [**Rinforzo di Valorizzazione**]. In secondo luogo il medico ribadisce la sua condivisione per quanto espresso dalla signora e dà un parere favorevole, valorizzando di nuovo il suo comportamento. In tal modo il medico esplicita i valori e i punti di una “piattaforma” comune, sulla cui base per il medico è lecito attendersi una serie di precisi e conseguenti comportamenti di piena convinzione da parte della paziente [**Rinforzo di Valorizzazione**].

## Il bisogno di decidere

Alla fine di questo tragitto ideale, il paziente può finalmente operare un processo di “reintegrazione” delle sue prospettive cognitive ed emotive. Prima di poter acquisire l’autonomia decisionale e operativa, ormai richiesta al suo ruolo, rimane un ultimo bisogno da appagare: sapere cosa fare, scegliere tra alternative sia rispetto a uno specifico problema sia coinvolgendo il più ampio contesto della malattia.

Il dottore, che legalmente deve rispettare l’autonomia del soggetto, rappresenta l’esperto e lo specialista e può svolgere un ruolo fondamentale per gestire le difficoltà decisionali del paziente e per orientarlo, in scienza e coscienza, verso la scelta più adeguata.

Le parole del medico devono quindi, per ogni specifico problema, corrispondere al bisogno del paziente di ricevere soluzioni, consigli o istruzioni operative. Nei casi che invece riguardano situazioni più complesse, il dottore, con le sue argomentazioni, può guidare il paziente, “prendendolo per mano” e facendogli superare le incertezze e le difficoltà sul da farsi attraverso la modulazione dell’intera gamma dei comportamenti sin qui analizzati. In questo modo il medico, soddisfacendo via via i differenti bisogni, può lecitamente attendersi dal paziente decisioni e scelte realmente autonome e coerenti.

Si può parlare, infatti, di autonomia decisionale del paziente solamente qualora il soggetto sia effettivamente consapevole della situazione (avendo appagato il Bisogno di Capire), fidu-

cioso del rapporto con il medico (avendo appagato il Bisogno di Sicurezza nel Futuro), sereno (sentendosi Compreso Emotivamente, o comunque a suo agio), infine riconosciuto per ciò che realmente conta per lui (avendo appagato i suoi Bisogni di Attenzione).

## Guidare un paziente esperto verso la soluzione migliore

Un signore di circa 65 anni è da sette anni in cura per un tumore alle vie urinarie:

*“Ho iniziato le cure in un altro ospedale, dove mi sono sottoposto a un intervento chirurgico e a diversi cicli di chemioterapia. Quando è comparsa la terza recidiva mi sono rivolto all’Istituto perché volevo precise indicazioni sulla procedura più adatta per affrontarla. Nell’altro ospedale, infatti, mi avevano prospettato un tipo di intervento che mi impensieriva molto. Mi avevano proposto di asportare un rene, ma io non ero convinto. Ho subito molto apprezzato l’oncologo dell’Istituto già dalla prima visita. Il medico mi ha messo subito a mio agio, con il suo modo di fare e di parlare, ha osservato con molta attenzione i miei esami, ha ascoltato tutto quello che avevo da dire sui sintomi che percepivo e infine ha aggiunto che condivideva le mie perplessità e che avevo fatto bene a prestare tanta attenzione al mio corpo e alla sintomatologia. Dagli esami infatti risultava che la malattia si stava nuovamente diffondendo. Il dottore mi ha spiegato che questo riattivarsi della malattia avrebbe vanificato l’intervento di espianto del rene. Inoltre, per affrontare le cure necessarie a sta-*

*bilizzare il tumore, l'assenza di un rene, anche se in parte compromesso, avrebbe rappresentato un problema da non sottovalutare. La funzionalità renale, anche se in parte deficitaria, è indispensabile per fronteggiare quel tipo di cure. Il dottore mi ha quindi sconsigliato caldamente l'espianto del rene e mi ha proposto di cominciare un nuovo tipo di cura sperimentale. Mi ha detto che tale cura avrebbe agito a livello vascolare e perciò era diversa dalle terapie che avevo già sostenute. Mi ha spiegato che sarebbe stata decisamente meno nociva per i reni e che, nella mia situazione, sarebbe stato un vantaggio importante, dal momento che erano già stati molto sollecitati nel corso dei trattamenti precedenti. Mi ha poi chiarito che questa tipologia di cura avrebbe potuto comportare qualche difficoltà per il fegato. Ha sintetizzato quanto proposto, dicendomi che la riteneva un'alternativa valida e soprattutto meno invasiva. Inoltre il dottore mi ha prontamente assicurato che se il trattamento non avesse prodotto gli effetti sperati, avrebbero studiato soluzioni alternative. Infine, visto che io vivo fuori regione, l'oncologo mi ha dato un numero di telefono al quale chiamare, nel caso fosse successo qualcosa, garantendo che mi avrebbe risposto lui o un medico a conoscenza del mio quadro clinico”.*

L'articolato percorso argomentativo presentato mostra un esempio concreto di “guida”: il paziente, che potremmo definire “esperto” di cure e interventi, di fronte a una situazione nuova e complessa si ritrova indeciso, pieno di dubbi e preoccupazioni nonostante il suo lungo percorso di malattia. Il medico, in modo esemplare, riesce a metterlo in condizione di poter affron-

tare la scelta della terapia in modo autonomo. Crea innanzitutto un clima favorevole, stemperando l'ansia che comprensibilmente accompagna l'incontro [**Rinforzo di Influenzamento**]: appaga il bisogno di comprensione emotiva del paziente. In secondo luogo mostra interesse per quanto esprime il signore: ne condivide il punto di vista e ne elogia i comportamenti [**Rinforzo di Valorizzazione**] soddisfacendo il bisogno di attenzione. Lo rende consapevole della sua condizione clinica [**Rinforzo di Razionalità**] e appaga un primo bisogno di comprensione razionale. Esprime quindi il suo consiglio terapeutico [**Rinforzo di Realizzazione**] corrispondendo al bisogno di decisione, argomentando fino a rendere il paziente consapevole anche dell'utilità e dei rischi delle opzioni in campo [**Rinforzo di Razionalità**]. Appaga così anche il secondo bisogno di comprensione razionale. Infine assicura continuità terapeutica e di rapporto, rispetto alla scelta consigliata [**Rinforzo di Continuità**]: l'argomentazione conclusiva soddisfa anche il bisogno di sicurezza nel futuro e completa il percorso di “guida” alla decisione.

1. Un esempio di “assunzione di impegni reciproci” è presentato nel capitolo quinto, con l'episodio “Il cellulare del medico? Come un ciclo di chemioterapia”, pag. 140.



## CAPITOLO QUARTO EFFICACIA DEL PROGETTO

### Rilevazione e misurazione dell'efficacia

Cominciamo il presente capitolo illustrando e commentando le cifre che riguardano il lavoro realizzato su campo.

Nei 24 mesi di intervento, svolto nel 2012 e nel 2013, abbiamo incontrato oltre 5000 pazienti, di questi circa 4200 hanno accettato di rilasciare un'intervista e di raccontare alle nostre ricercatrici almeno un caso di buona relazione vissuta con un medico dell'Istituto. Ciò non implica una soddisfazione generalizzata dei malati rispetto alla loro relazione con i medici. Il dato indica invece la bontà dell'idea di concentrarsi sugli aspetti positivi della relazione e un tasso di gradimento per il Progetto molto elevato (83%), che ha consentito di raggiungere uno degli scopi ipotizzati dal Pilota: stimolare i pazienti a cogliere anche gli aspetti positivi nel loro percorso di cura.

A questo proposito vale la pena ricordare che molti malati avrebbero avuto piacere di manifestare in modo pubblico la propria gratitudine al medico. Richiesta che è stato impossibile esaudire, in quanto, per ragioni di *privacy* e per gli accordi presi con l'Istituto, ci eravamo impegnati a mantenere l'anonimato dei pazienti intervistati.

Da questi incontri abbiamo raccolto circa 1800 interviste complete. L'elevata differenza tra questo numero e le 4200 interviste effettuate è da ascrivere a due fattori: da un lato numerosi incontri si sono svolti nelle sale d'attesa degli ambulatori e, spesso, sono stati interrotti dalla chiamata del paziente; dall'altro lato abbiamo uti-

lizzato un filtro qualitativo molto stretto, escludendo tutte le storie troppo vaghe o generiche nella descrizione dei comportamenti relazionali del medico. L'elevato numero di interviste complete testimonia comunque l'efficacia descrittiva del Modello Ippocrates, ossia la capacità del modello di inquadrare le più varie occasioni di rapporto tra medico e paziente.

Di queste circa 1800 interviste, sulla base della loro esemplarità, ne sono state selezionate 343 che sono diventate casi.

Sono state consegnate 363 lettere di rinforzo a 135 medici, di 5 Dipartimenti: Anestesia e Rianimazione, Terapia del Dolore e Cure Palliative; Chirurgia; Ematologia e Oncoematologia Pediatrica; Oncologia Medica; Diagnostica per Immagini e Radioterapia. La differenza tra il numero di casi e le lettere inviate è determinata dal fatto che in alcune interviste sono stati citati più medici autori di comportamenti relazionali apprezzati.

### **Le verifiche**

La valutazione di un intervento innovativo in un contesto sociale complesso è un compito impegnativo che richiede la costruzione di specifici indici di efficacia.

Come anticipato nel secondo capitolo, volevamo capire se e in che modo il nostro Pilota avrebbe determinato effetti sulla relazione medico - paziente all'interno dell'Istituto Nazionale dei Tumori. Ci attendevamo, infatti, che l'intervento avrebbe sviluppato la qualità del servizio relazionale dei medici nei confronti dei loro pazienti.

A tal fine occorreva verificare le ipotesi di base del Progetto e misurarne gli effetti.

Tali ipotesi prevedevano che: il riconoscimento e la valorizzazione di un determinato comportamento relazionale (rinforzo positivo differenziale) avrebbero indotto il medico, autore dello stesso, a ripeterlo e a manifestare nuovi comportamenti positivi; i comportamenti valorizzati e ripetuti, ritornando all'interno del sistema, attraverso un processo di retroazione positiva, avrebbero amplificato i loro effetti e avrebbero modificato il sistema stesso, posizionandolo su un livello più elevato rispetto a quello di partenza.

Abbiamo quindi costruito un questionario a partire da casi reali di rapporto rilevati in Istituto nel corso dell'attività di preanalisi. L'obiettivo era misurare la frequenza dell'uso di determinati comportamenti relazionali da parte dei medici. In sostanza ai pazienti era richiesto, per ogni singolo comportamento proposto, di rispondere al quesito:

“Quante volte il medico con cui è in cura ora si è espresso secondo le modalità descritte?”.

Le risposte possibili erano sei:

“mai = 1; quasi mai = 2; qualche volta = 3; di frequente = 4; spesso = 5; sempre = 6”.

Il questionario era composto da cinque blocchi: ogni blocco indagava una Dimensione Relazionale del Modello Ippocrates. Ogni dimensione era a sua volta divisa in tre sezioni: la prima raggruppava i comportamenti Adeguati (rivolti agli obiettivi); la seconda i comportamenti Buoni (rivolti a risultati - livello 1); la terza i com-

portamenti Ottimi (rivolti a risultati - livello 2). Il questionario è stato somministrato a campioni significativi di pazienti, nel corso del tempo, secondo lo schema di seguito riportato. Il questionario voleva “fotografare” il livello qualitativo che i pazienti attribuivano alla relazione con il proprio medico. Sono state eseguite tre rilevazioni: a un “tempo zero - T0 - maggio 2012”, prima che iniziassero

ad arrivare le lettere di rinforzo; a un “tempo uno - T1 - maggio 2013”; a un “tempo due - T2 - novembre 2013”, al termine dell’intervento, per valutare i risultati complessivi del progetto. Infine abbiamo effettuato una rilevazione conclusiva a un “tempo tre - T3 - maggio 2014”, dopo sei mesi dal termine del progetto, per valutare l’andamento degli effetti prodotti.

### Campionamento

REPARTO SOMMINISTRAZIONE	TOTALE DIMISSIONI ANNUE	TOTALE DIMISSIONI MENSILI	35% TEORICO	SOGGETTI INTERVISTATI MAGGIO 2012	SOGGETTI INTERVISTATI MAGGIO 2013	SOGGETTI INTERVISTATI NOVEMBRE 2013	SOGGETTI INTERVISTATI MAGGIO 2014
Chirurgia: • Epato-Gastro-Pancreatica • Chirurgia Toracica	1.570	130	45	40	50	55	68
Oncologia Medica: • OM 1 • OM 2 • Day Hospital	1.813	151	52	56	74	74	73
Altro				14			
<b>TOTALE</b>	<b>3.383</b>	<b>281</b>	<b>97</b>	<b>110</b>	<b>124</b>	<b>129</b>	<b>141</b>

Nella tabella viene indicato il numero di pazienti da intervistare per costituire un campione adeguatamente significativo dal punto di vista statistico. Per ogni Reparto è stato calcolato un teorico 35% delle dimissioni quale campione rappresentativo dei malati oggettivamente in rapporto con i medici, non solo con

tecnici e infermieri come in alcune prestazioni ambulatoriali. I pazienti sono stati selezionati in maniera casuale ed equamente distribuiti rispetto al sesso. Viene inoltre evidenziato il numero dei pazienti effettivamente intervistati nelle rilevazioni che si sono succedute.

## I risultati

Per restare nella metafora fotografica illustriamo i risultati delle quattro rilevazioni svolte, eseguendo progressivamente un'azione di "zoom".

*Il risultato conclusivo dell'intervento evidenzia il potenziamento medio generale del 54,42 %.*

Il potenziamento è relativo alla frequenza dei comportamenti positivi espressi dai medici e percepita dai pazienti, come illustrato nel grafico delle pag. 108 e 109.

Ricordiamo che i valori emersi dalle rilevazioni si riferiscono a una scala da 1 a 6.

Le variazioni percentuali sono quindi calcolate sulla base delle differenze intervenute tra i periodi considerati, rapportate al percorso di potenziamento massimo possibile, il cui limite è appunto 6.

Il risultato presentato si riferisce quindi alla differenza tra la rilevazione di tempo 3, maggio 2014 e quella iniziale di tempo zero, maggio 2012. Il valore medio della frequenza di comportamenti positivi rilevato a maggio 2012 è stato di 4,53 quello di maggio 2014 è risultato di 5,33. Il valore percentuale di miglioramento è definito dalla variazione tra i due valori medi (5,33 - 4,53) rapportata al percorso di potenziamento massimo possibile (6 - 4,53).

Il dato di potenziamento medio generale deriva dalle variazioni realizzate nelle cinque dimensioni relazionali nel maggio 2014: Razionalità + 43,70%; Continuità + 49,55%; Influenzamento

+ 59,78%; Valorizzazione + 61,14%; Realizzazione + 55,15%. Il grafico, mostra nella colonna "Generale", anche per le rilevazioni precedenti, le percentuali di potenziamento medio generale rispetto alla rilevazione iniziale: + 47,62% al tempo due, novembre 2013 e + 16,33% al tempo uno, maggio 2013. Come i precedenti, questi dati derivano dai valori medi di ciascuna dimensione relazionale.

Le quattro curve disegnate nel grafico indicano i valori medi delle dimensioni registrati nelle quattro rilevazioni e permettono rilevanti osservazioni.

Nella curva del tempo zero, maggio 2012, le dimensioni della Valorizzazione e dell'Influenzamento presentano i valori più critici. Un eventuale scostamento verso il basso potrebbe inficiare la percezione della qualità dell'intero servizio relazionale. Infatti ogni insoddisfazione viene avvertita come una "punizione", in quanto il servizio viene consumato nel momento stesso dell'erogazione e il paziente non può fare nulla per evitare o prevenire tale insoddisfazione.

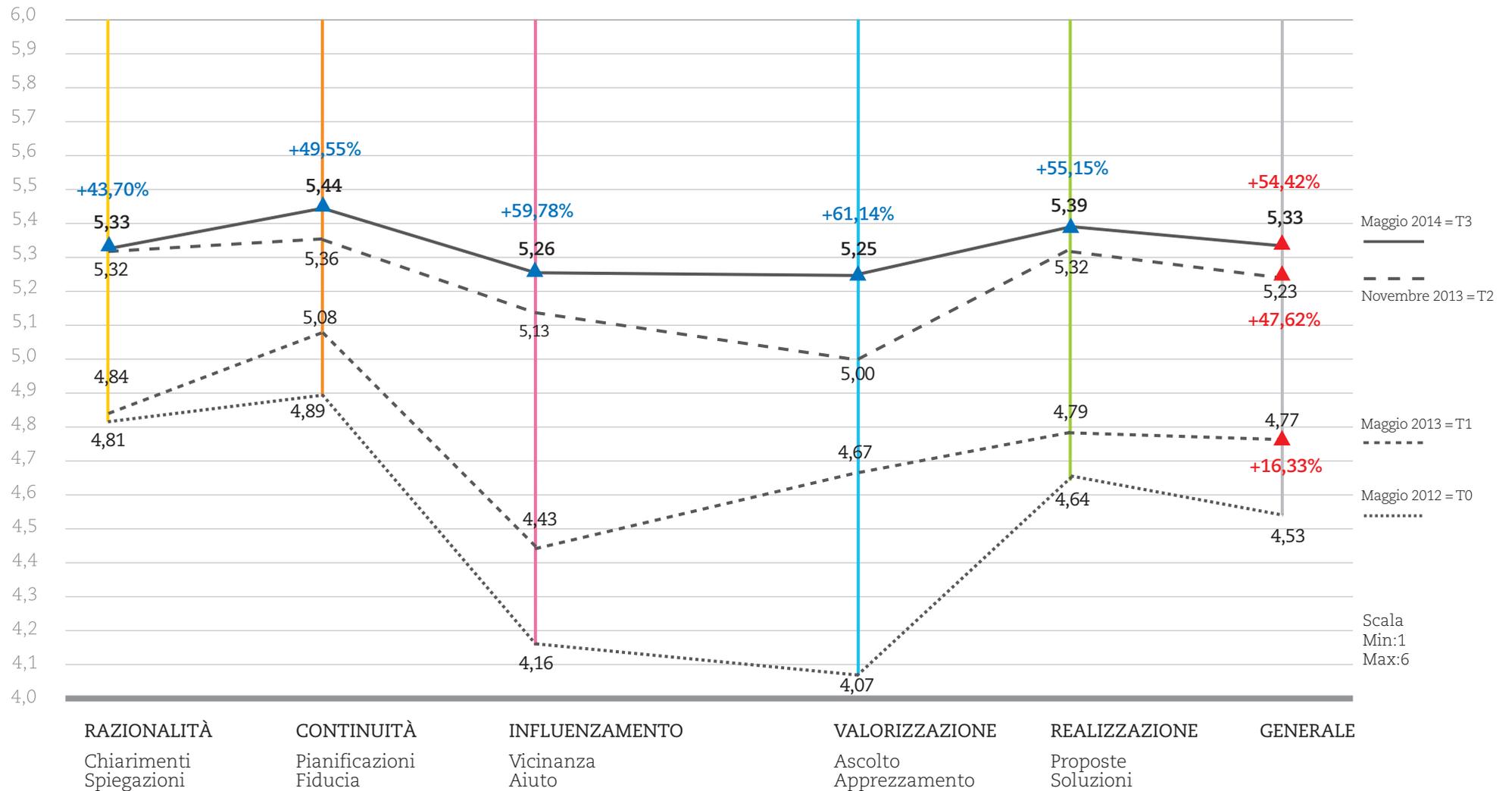
Osservando il posizionamento sul grafico delle quattro curve si assiste alla crescita dei valori in ogni rilevazione.

*Questo dato conferma la validità della prima ipotesi di ricerca: aumenta la frequenza dei comportamenti relazionali dei medici, per tutte le dimensioni (vedi pag. 64).*

Osservando le variazioni tra le quattro curve è importante notare come tendono progressivamente ad "appiattirsi", indicando la percezione dei pazienti di un servizio relazionale sempre più omogeneo.

**Frequenza dei cinque tipi di Comportamento Relazionale dei medici (Valori medi)**

La tabella mette in rilievo come la qualità relazionale percepita dai pazienti sia migliorata significativamente, riducendo del 54,42% la forbice tra la percezione iniziale (maggio 2012) e la qualità massima possibile. Per una più efficace lettura del grafico rimandiamo a quanto descritto a pag. 107.



Le curve delle rilevazioni del tempo due, novembre 2013 e del tempo tre, maggio 2014, mostrano frequenze tutte pari o superiori al valore 5 e quindi comportamenti relazionali in grado di corrispondere “spesso” e “sempre più spesso” ai bisogni che caratterizzano ogni dimensione.

L’“appiattimento” e l’entità del potenziamento registrato per ogni dimensione evidenziano una crescita non lineare e più che proporzionale nel tempo.

*I dati avallano quindi anche la seconda ipotesi di ricerca: le lettere di rinforzo hanno generato un processo di retroazione e amplificazione positiva e posizionato il sistema su un livello di scala superiore (vedi pag. 58).*

In particolare, l’ulteriore crescita registrata nella rilevazione al tempo tre, maggio 2014, ossia sei mesi dopo la conclusione del progetto, durante i quali il sistema non è più stato rinforzato, indica che l’intervento ha effettivamente innescato dei processi positivi autoalimentati.

Osservando i dati più da vicino, “zoomando” sulle singole dimensioni è possibile eseguire un’analisi anche rispetto al contenuto “qualitativo” delle variazioni sopra esposte.

Gli istogrammi delle pagine da 106 a 111 mostrano la variazione nel tempo dei comportamenti Adeguati, Buoni, Ottimi.

Al tempo zero, maggio 2012, i comportamenti Adeguati (pag. 106 e 107) sono su livelli mediamente superiori al valore 5 per ogni dimensione, anche per quelle il cui valore medio è stato precedentemente indicato come critico.

I comportamenti Buoni (pag. 108 e 109) e Ottimi (pag. 110 e

111), nella stessa rilevazione, hanno invece valori inferiori<sup>1</sup>, talvolta in modo sostanziale, rispetto alle medie delle dimensioni. Prima dell’intervento Ippocrates, i pazienti percepivano un servizio relazionale discretamente soddisfacente (4,53 - ved. tab. pag. 102 e 103, maggio 2012, tempo zero), con delle criticità rispetto alle dimensioni della Valorizzazione e dell’Influenzamento.

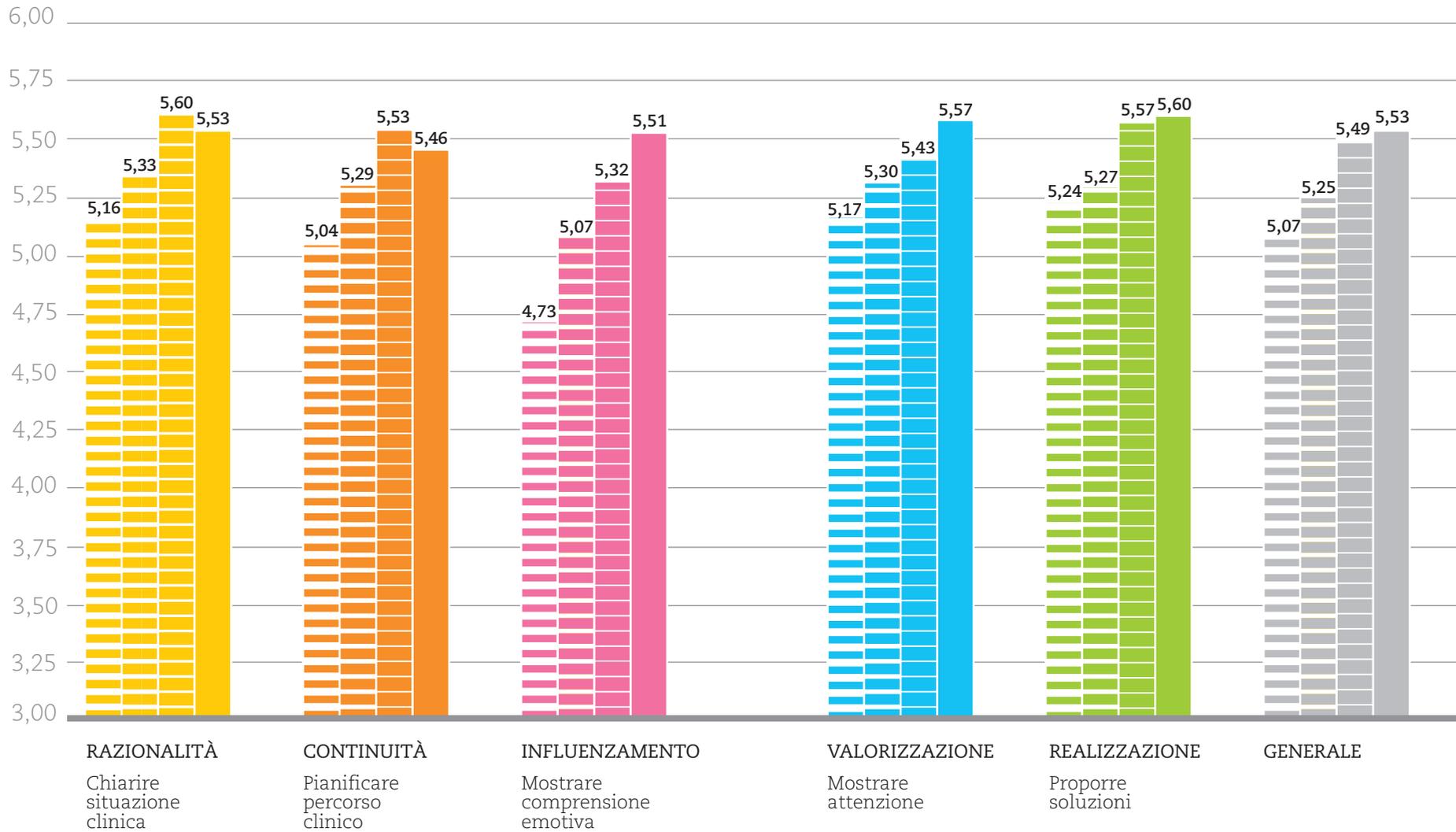
Quindi tale soddisfazione era prevalentemente sostenuta dall’alta frequenza con cui riscontravano comportamenti Adeguati dei medici, in ogni dimensione.

Le successive rilevazioni mostrano una crescita non lineare per ogni dimensione e, al loro interno, per tutti e tre i tipi di comportamento: Adeguati, Buoni, Ottimi. I tre tipi di comportamento al tempo due, novembre 2013, e al tempo tre, maggio 2014, si attestano prevalentemente su valori medi superiori a 5. Il potenziamento prodotto dall’intervento Ippocrates ha riguardato tutte le tipologie di comportamento.

*I dati mostrano quindi il conseguimento del risultato che ci attendevamo dal Progetto Pilota: lo sviluppo della qualità del servizio relazionale nei confronti dei pazienti attraverso l’uso dei rinforzi positivi (vedi pag. 59).*

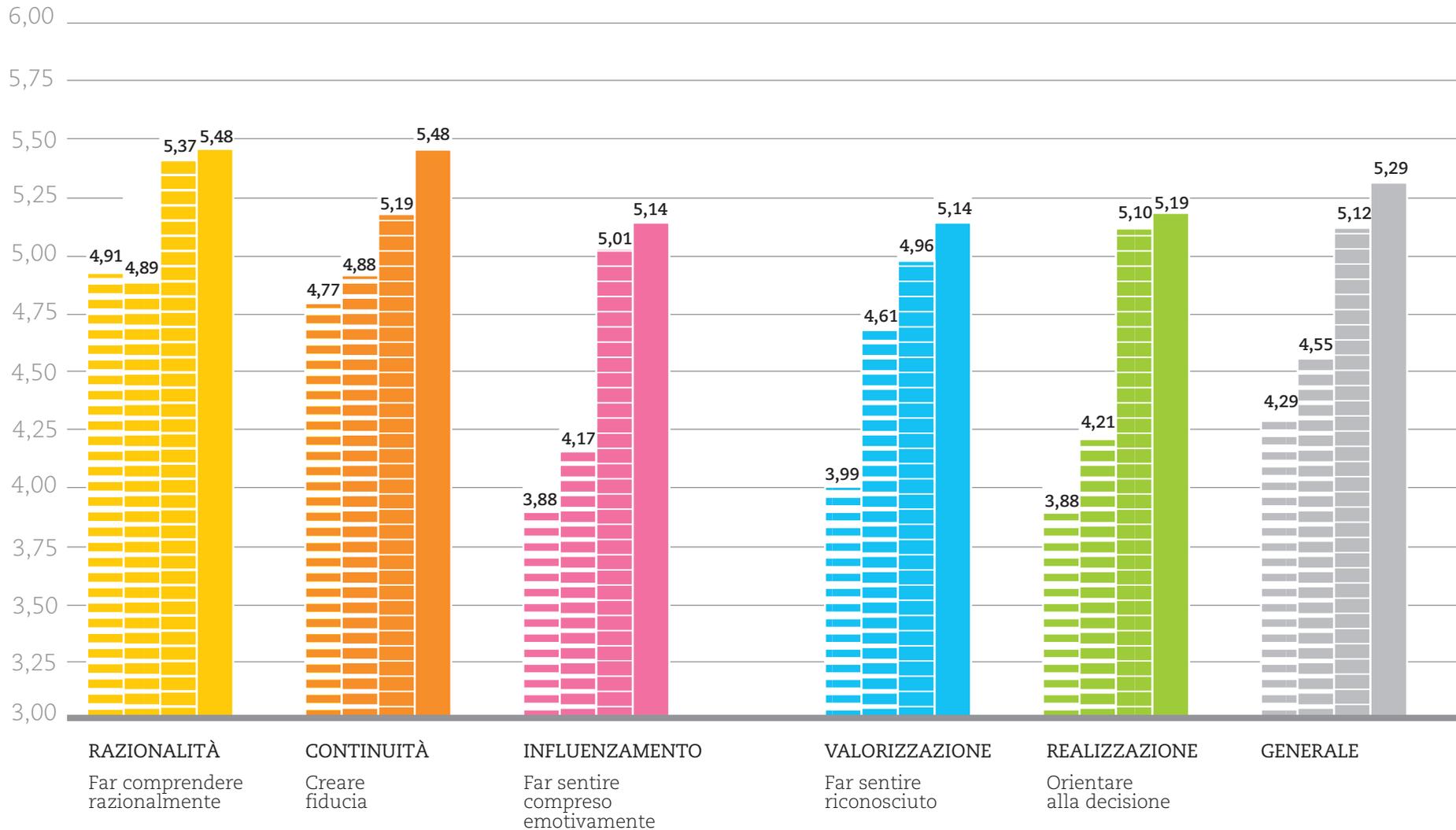
**Comportamenti Adeguati**

Manifestazioni Relazionali dei Medici finalizzate a raggiungere gli Obiettivi di Rapporto con i Pazienti



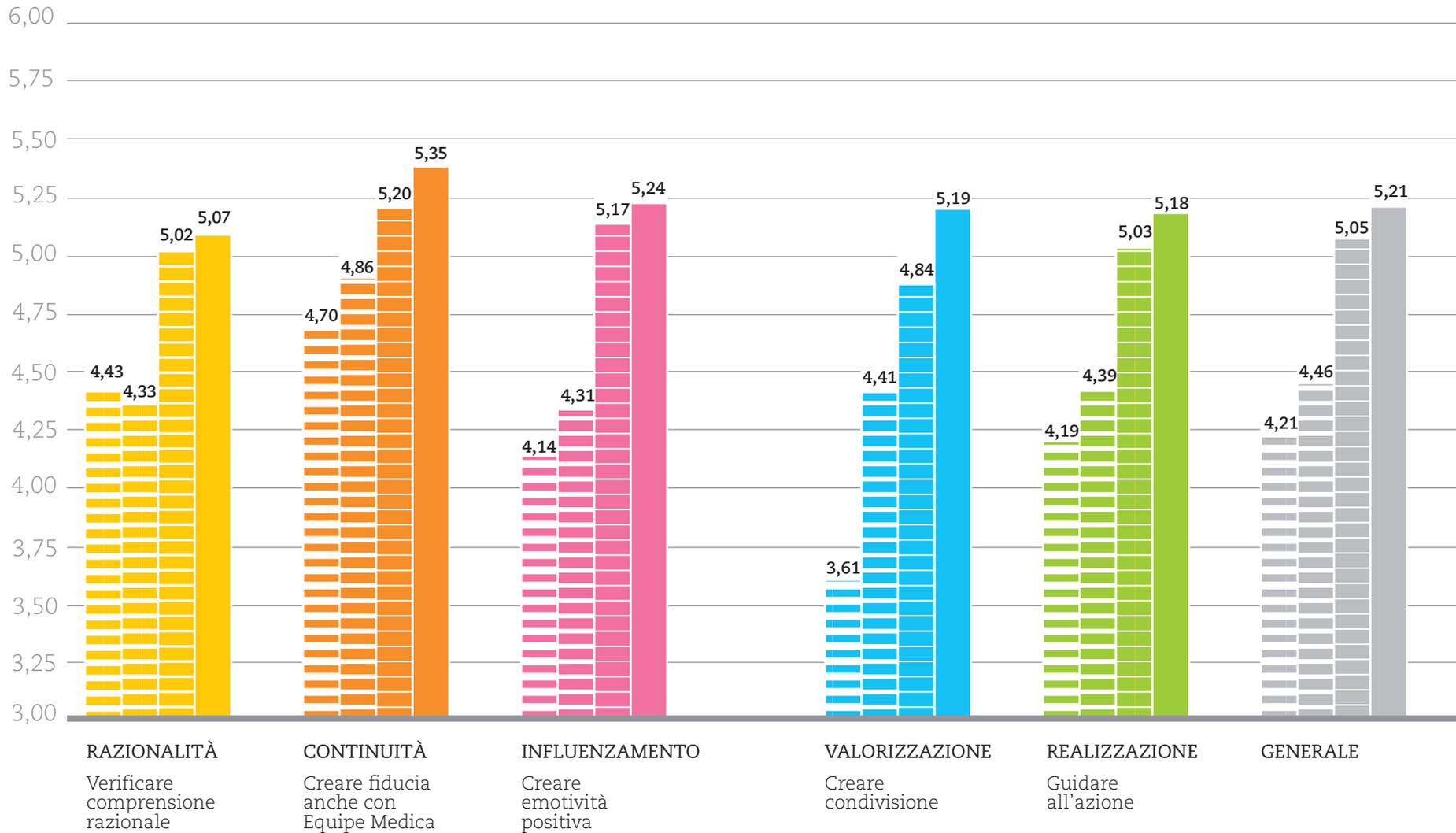
**Comportamenti Buoni**

Manifestazioni Relazionali dei Medici finalizzate a raggiungere i Risultati (livello 1) di Rapporto con i Pazienti



**Comportamenti Ottimi**

Manifestazioni Relazionali dei Medici finalizzate a raggiungere i Risultati (livello 2) di Rapporto con i Pazienti



## Considerazioni

Di fronte a risultati per noi di sicura soddisfazione e anche sorprendenti dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo, abbiamo avanzato alcune interpretazioni sui fattori che hanno prodotto il potenziamento e gli effetti descritti.

### Soddisfazione: il ringraziamento come rinforzo dal paziente

Spesso, per varie ragioni, il paziente non ringrazia esplicitamente il medico, di cui ha comunque apprezzato i comportamenti relazionali. Attraverso ogni lettera di apprezzamento il medico ha potuto conoscere la gratitudine di un proprio paziente e provare soddisfazione.

Gli apprezzamenti da parte del paziente hanno aumentato la consapevolezza del medico sull'importanza anche degli aspetti relazionali.

Tutto ciò ha avviato un circolo virtuoso di soddisfazione.

Per sintetizzare questi concetti riportiamo la frase di un medico a commento della prima lettera di apprezzamento ricevuta: *“Dalla lettera ho riconosciuto la paziente, non avevo colto che mi apprezzasse. Quando l'ho rivista ho cercato di darle ancora più soddisfazione del solito”.*

### Riconoscimento: attenzione di Fondazione Giancarlo Quarta Onlus e dei responsabili

Nella nostra esperienza la relazione medico - paziente è quasi universalmente considerata un fattore molto importante dagli operatori del settore sanitario, eppure difficilmente diventa un criterio di valutazione o materia di formazione. Solitamente è qualcosa che viene dato per scontato.

A questo riguardo le rilevazioni mostrano come i più alti tassi di potenziamento relazionale si sono verificati laddove c'è stato un particolare interesse dei responsabili per il progetto e per l'attività relazionale dei propri medici.

Attraverso incontri di *feedback* e la Ricerca “Ho Bisogno di Te. Anche le Parole Curano”, abbiamo rivolto grande attenzione ai medici dell'Istituto e particolare considerazione alle loro attività relazionali.

Il nostro intervento ha valorizzato la relazione come aspetto fondamentale dell'attività clinica e della soggettività del medico e dato rilievo alla personalizzazione del rapporto con il paziente. Per concludere e sintetizzare i concetti espressi, ancora, riportiamo le parole di un medico per commentare la sua prima lettera di apprezzamento: *“Mi sono ricordato il motivo per cui faccio il medico”.*

### **Apprendimento: efficacia del rinforzo differenziale**

Ogni caso pubblicato sul sito e ogni lettera di rinforzo contenevano le spiegazioni dettagliate delle logiche relazionali che hanno decretato l'apprezzamento del paziente e l'efficacia dei singoli comportamenti espressi dal medico.

Questi rinforzi differenziali hanno permesso di potenziare specifiche competenze relazionali del medico, che ha potuto apprendere delle tecniche relazionali e dare sistematicità alle proprie esperienze.

L'intervento ha contribuito a sfatare l'idea *naïf*, ma spesso diffusa, della relazione esclusivamente come competenza innata.

Il potenziamento è stato inoltre guidato dalle indicazioni dei pazienti e dalla loro progressiva percezione di miglioramento.

Anche in questo caso il commento di un medico sintetizza i concetti espressi: *“Le lettere e i casi ti illuminano su quali aspetti sono ritenuti importanti dai pazienti: si colgono le frasi che il paziente ha più in mente, le cose a cui tiene in determinate circostanze. Tutto questo ti aiuta a capire le aree e i bisogni su cui perseverare, ti aiuta a trasformare queste conoscenze in comportamenti ed esperienze positive”*.

### **Complessità: effetto campo e retroazione positiva**

Il nostro Progetto, con le sue logiche di funzionamento, ha determinato il potenziamento della qualità relazionale dei medici

dell'Istituto con i loro pazienti. Siamo consapevoli che l'intervento è avvenuto in un contesto e in una struttura caratterizzati da moltissimi fattori interrelati e da continui cambiamenti in atto. Si sono quindi senz'altro manifestati anche “effetti di campo”, come ad esempio la presenza quotidiana delle nostre ricercatrici, gli incontri periodici che abbiamo avuto con medici, singolarmente e in gruppo, con i vertici dell'Istituto e attività come la ricerca “Ho bisogno di te. Anche le Parole Curano” che hanno agevolato un processo di evoluzione.

I rinforzi relazionali forniti ai medici, interagendo con la complessità del sistema hanno innescato fenomeni di retroazione positiva e prodotto l'incremento progressivo di “Soddisfazione”, “Riconoscimento”, “Apprendimento” e ulteriore “Complessità”.

L'insieme di questi fattori ha permesso la manifestazione di “proprietà emergenti”, ossia l'autorganizzazione del sistema su un livello più elevato.

### **La ricerca su atteggiamenti e bisogni**

Per concludere la rassegna dei risultati del progetto, riportiamo i dati principali della Ricerca “Ho bisogno di te. Anche le Parole Curano” sugli atteggiamenti dei medici e sui bisogni dei pazienti dell'Istituto. I 97 medici che hanno partecipato alla ricerca hanno avuto accesso a un profilo personalizzato. In base alle reazioni indicate con la compilazione del questionario, è stato

fornito un dettagliato resoconto della qualità delle risposte date da ciascun medico: sono state illustrate quelle efficaci, eccedenti e mancanti rispetto ai bisogni relazionali che caratterizzavano le situazioni sociali presentate nel questionario.

Il profilo, dopo aver definito la differenza tra atteggiamento e comportamento, ha approfondito i concetti di efficacia relazionale e controllo comportamentale. Ovvero, nel primo caso, la capacità di corrispondere direttamente col proprio comportamento al bisogno relazionale manifesto dell'interlocutore e, nel secondo caso, la capacità del soggetto di fornire risposte comportamentali differenti rispetto al proprio atteggiamento verso la situazione sociale.

Il quadro è stato completato con lo schema del profilo ideale, ossia le risposte efficaci per ciascuna situazione presentata nel questionario e quindi i comportamenti che avrebbero avuto la maggior probabilità di soddisfare direttamente il particolare bisogno dell'interlocutore nella determinata situazione sociale.

Per quanto riguarda i pazienti, invece, la distribuzione della media dei bisogni espressi dai 107 partecipanti alla rilevazione conferma la validità del modello utilizzato dall'Intervento Ippocrates.

I valori infatti sono distribuiti, per le 5 categorie di bisogni relazionali, con una differenza massima del 5,69%: il Bisogno principale riguarda la sfera del Futuro e della continuità dei rapporti (22,80%), mentre il Bisogno di essere orientato nella Decisione si pone a fondo scala (17,11%). La mancanza di un bisogno nettamente prevalente indica che non è possibile definire un'u-

nica strategia relazionale valida in assoluto, come è impossibile definire a priori una tipologia di adeguati comportamenti relazionali. Per soddisfare i bisogni dei pazienti è sempre necessario saper ascoltare, approfondire e comprendere la particolare situazione di rapporto e corrispondervi.

1. Ad eccezione dei comportamenti "Buoni" di Razionalità.



## CAPITOLO QUINTO IL SUCCESSO DELLA RELAZIONE MEDICO - PAZIENTE

### Sette storie di pazienti

Le sette storie che presentiamo sono state raccolte intervistando i pazienti all'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

I casi di successo narrati sono rivolti a testimoniare l'importanza e le conseguenze delle parole del medico sul comportamento del paziente. Gli esempi che seguono non presentano la descrizione completa di ogni storia, privilegiano l'osservazione schematica di alcuni significativi tratti del percorso argomentativo. In ogni storia sono i ricordi dei malati a suggerire analisi e considerazioni sui temi trattati, sulle modalità di relazione espresse dai medici e sulle conseguenze suscitate. Il racconto di apertura mette innanzi tutto in rilievo ruolo e significato dei gesti, delle espressioni del corpo, delle azioni: il "non verbale" che tanto rilievo assume in ogni relazione umana, tanto più di cura. In tutte le storie vengono rilevati sia i comportamenti espressi dal medico a fronte dei bisogni del paziente sia la dinamica e l'architettura dei rinforzi positivi che arrivano ad instaurare un rapporto di autentica e reciproca soddisfazione. Il racconto che conclude sottolinea un comportamento raramente rilevato, ma considerato di grande importanza ed efficacia nella cura: l'atto insieme responsabile e sensibile del medico di chiedere scusa, anche per un problema che non dipende direttamente dalla sua volontà, che suscita sentimenti di gratitudine nel malato e recupera fiducia.

L'importanza del non verbale

### Una stretta di mano che vale più d'una cura

La rassegna delle storie inizia con la presentazione di un racconto di cura nel quale gioca un ruolo trasversale un particolare comportamento relazionale: il comportamento non verbale. La finalità è verificare le conseguenze sulla relazione di cura di ciò che viene detto con i gesti, con le espressioni corporee e con le azioni.

Una signora di circa 45 anni affronta, per un tumore al retto, due interventi chirurgici e i necessari cicli di chemio e radioterapia. Dopo tre anni si trova di fronte ad una recidiva che sembra comportare un intervento radicale. È terrorizzata, ha bisogno di un confronto sulla soluzione che deve adottare rapidamente e si rivolge all'Istituto Nazionale dei Tumori.

Il breve racconto che segue ripercorre e commenta alcuni momenti del percorso di cura, a partire dai "bisogni relazionali" inizialmente presenti nella situazione: il medico sa di essere interpellato per un consulto, conosce dunque il bisogno di soluzione della paziente e si aspetta anche, per esperienza, di incontrare una persona carica di paura, per i nuovi gravi rischi della condizione patologica, e di disagio, per la sofferenza emotiva indotta dalla situazione. Il chirurgo deve gestire quindi altri due bisogni della paziente: il bisogno di conoscere e comprendere

razionalmente ciò che comporta la nuova situazione clinica e il bisogno di essere sollevata, rasserenata, incoraggiata.

La paziente ricorda quando ha incontrato il chirurgo:

*“Mi sono inaspettatamente trovata davanti una persona che con semplicità mi ha messa a mio agio. Il chirurgo mi ha stretto la mano, l'ha stretta forte, mi ha guardato e ho percepito che desiderava comunicarmi la sua umanità, che si può tradurre così: vorrei davvero che tu non fossi qui, ma mi prenderò cura di te”.*

[La manifestazione relazionale con la quale il medico apre l'incontro, **Rinforzo di Influenzamento**, è riuscita a procurare un effetto gradito alla paziente, ha quindi soddisfatto il suo bisogno inespresso, ma certamente presente, di essere compresa emotivamente, di superare il disagio e percepire un positivo clima di rapporto. La semplicità consiste in un comportamento “non verbale”, fatto di stretta di mano e di sguardo, che risulta particolarmente efficace: l'elevata coerenza tra tono, gesti e ciò che realmente il medico sente, permette di far percepire alla signora vicinanza, autentico calore e benevolenza. La paziente si è sentita incoraggiata e ha proseguito descrivendo al medico la propria sofferenza emotiva.]

*“Poi ho riferito al medico della mia depressione per la situazione clinica e per la soluzione che mi era stata proposta: intervento radicale”.*

[Esprime come sta vivendo la nuova situazione e il bisogno di

essere sollevata e rasserenata, come il medico aveva previsto.]

*“Gli ho parlato del terrore che provavo per il nuovo intervento, della paura per le atroci conseguenze sul mio corpo già danneggiato dai segni della precedente laparoscopia e dal lungo taglio dallo sterno al basso ventre della laparotomia”.*

[Presenta il bisogno di capire concretamente cosa comporta la nuova situazione.]

*“Ho detto anche della difficoltà di dover decidere rapidamente come affrontare la nuova situazione”.*

[Definisce, come previsto, il bisogno di ricevere soluzioni per decidere.]

Il racconto prosegue:

*“Il chirurgo mi ha tranquillizzata fornendomi prospettive positive per il mio caso, ha ipotizzato in particolare modalità di intervento diverse da quelle che mi erano state prima riferite e mi ha detto che riteneva possibile provare a realizzarle”.*

[Quando presenta il proprio quadro clinico, la donna parla del malessere emotivo che provoca la depressione. Il medico si prende cura concretamente di questa manifestazione e punta a rasserenare la paziente configurando “modalità alternative di intervento”. Soprattutto le offre speranza, precisando che ritiene possibile, ma non certo, realizzarle.

Questa argomentazione, ulteriore **Rinforzo di Influenzamento**,

soddisfa il bisogno della paziente di essere incoraggiata e risulta efficace nel motivarla verso il percorso clinico, anche se parla solo di possibilità e prova: l'espressione relazionale del medico ottiene l'adesione emotiva della paziente all'intervento alternativo. Se il medico fosse stato certo dell'esito dell'operazione, la sua manifestazione relazionale avrebbe configurato un **Rinforzo di Razionalità**. Con la “certezza dell'esito” il medico avrebbe reso consapevole la paziente dell'utilità dell'intervento e l'avrebbe rassicurata, raggiungendo la sua piena adesione razionale.]

*“Poi il chirurgo mi ha descritto il tipo di intervento, spiegato come avrebbe operato e cosa avrebbe fatto per salvare l'ano”.*

[Quando la signora manifesta il terrore connesso all'intervento radicale e alle ulteriori lesioni al suo corpo già pesantemente violato, il chirurgo descrive e spiega razionalmente l'intervento: **Rinforzo di Razionalità**. Anche questa argomentazione risulta di grande efficacia, corrisponde al bisogno della paziente di conoscere e comprendere in quanto evidenzia l'utilità di affrontare il rischio connesso all'operazione: salvare l'organo. La modalità relazionale del medico permette di rendere l'interlocutore razionalmente consapevole di quanto ha conosciuto e compreso, in questo caso della necessità di rischiare.]

*“Infine il medico mi ha dato il suo consiglio: sottopormi all'intervento che mi aveva descritto”.*

[In risposta al bisogno di superare la difficoltà connessa alla

decisione, il medico conclude la sequenza argomentativa proponendo la soluzione che ritiene opportuna per la situazione clinica e presenta il suo consiglio, orientando la paziente verso la decisione: **Rinforzo di Realizzazione.**]

La signora decide per l'intervento consigliato e trascorre il periodo natalizio in degenza all'Istituto.

Il ricovero durante le feste di fine anno configura per tutti i pazienti un bisogno di particolare considerazione, attenzione e un bisogno di comprensione e compensazione emotiva.

La paziente ricorda:

*“Nei giorni di festa il chirurgo passava a trovare i pazienti. A volte veniva anche solo a dare un'occhiata, ma è sempre stato in ospedale e in queste occasioni mi ha manifestato di sentire il peso della responsabilità e di essere realmente interessato ai suoi malati. Il medico è un esempio”.*

[Durante la degenza la paziente considera le rapide visite del medico in camera una precisa attività di controllo clinico e la presenza nei giorni festivi una manifestazione di responsabilità e di autentico interesse verso i suoi pazienti.

Apprezza quindi l'attenzione che il medico rivolge ai malati, il suo coinvolgimento, la sua scrupolosità: i suoi **Rinforzi di Valorizzazione**. E formula la propria valutazione positiva definendo il dottore “un esempio”.

L'attenzione al decorso post operatorio, il riconoscimento di

circostanze particolari e l'interesse al rapporto con i pazienti soddisfano i bisogni impliciti di riconoscimento e considerazione dei malati e permettono al medico di ricevere comportamenti di apprezzamento paralleli e coerenti, in questo caso di reale condivisione e stima.]

*“Nei giorni di Natale e Capodanno è venuto a fare gli auguri a tutti i pazienti, uno per uno. Ricevere la sua stretta di mano in quei giorni è stato per me molto significativo. Anche adesso, quando sono in Istituto, mi fa piacere andare a salutarlo”.*

[La signora rammenta il piacere suscitato dagli auguri del medico: **Rinforzo di Influenzamento**. Gli auguri e ancora una volta il “non verbale”, sono semplici manifestazioni “seduttive”, ma di grande efficacia. Trasmettono ai pazienti la sensibilità del medico, alleviano il bisogno di compensazione emotiva e rinnovano la speranza. L'espressione di auguri in questo caso ha contribuito ad ampliare nella paziente la gratitudine verso il medico e stimolato il piacere di incontrarlo per un saluto ogni volta che si reca in Istituto.

Il medico ha dunque soddisfatto i bisogni relazionali della paziente: bisogno di soluzione, comprensione razionale, comprensione emotiva, attenzione.]

## Considerazioni

Perché la paziente ha deciso per la nuova soluzione?

Per le parole del medico, per l'insieme delle manifestazioni e dei comportamenti ricevuti.

Inizialmente il medico ha creato con abilità un positivo clima relazionale [**Rinforzo di Influenzamento**], incoraggiato la signora con ipotesi alternative di intervento [**Rinforzo di Influenzamento**], ha allentato la tensione emotiva e ben disposto la paziente verso le successive argomentazioni.

Ha gestito la paura spiegando come avrebbe provato a salvare l'organo e creato consapevolezza sull'utilità del tentativo [**Rinforzo di Razionalità**].

Ricevuta dalla paziente l'adesione emotiva prima e razionale poi, il medico ha concluso l'incontro esplicitando, in termini di consiglio, la soluzione ritenuta opportuna [**Rinforzo di Realizzazione**].

Il percorso avrebbe avuto lo stesso esito se fosse iniziato con la soluzione?

In questa storia la struttura argomentativa adottata dal medico ha configurato un contesto in cui la soluzione costituisce la naturale conseguenza dell'incoraggiamento e della spiegazione sull'utilità di affrontare il rischio dell'operazione.

Senza una vera "dimostrazione", l'inversione dei temi avrebbe creato maggiori perplessità nella signora che, pur arrivando poi ad aderire alla proposta, avrebbe forse avuto più dubbi, obie-

zioni, richieste di approfondimento, dilatando i tempi dell'incontro.

In sintesi possiamo dire che la sequenza espressa dal medico ha affermato le spiegazioni del caso mentre la modalità inversa avrebbe giustificato la proposta.

Perché la signora va ancora a salutare il medico?

La paziente rinnova, ogni volta che può, la propria gratitudine e riconoscenza verso il medico.

E questa sua manifestazione [**Rinforzo di Influenzamento** rivolto al medico] è di conforto e utilità per tutti i pazienti. Alimenta certamente una spirale di positive conseguenze: il medico, ricevendo soddisfazione, continuerà a offrire i suoi comportamenti di aiuto e attenzione ad altri pazienti, sarà di nuovo apprezzato e le sue manifestazioni relazionali diventeranno una naturale competenza da rivolgere ad ogni persona bisognosa della sua cura.

L'importanza della comprensione razionale

### Mi ha spiegato passo dopo passo e tutto è cambiato

L'episodio illustra l'efficacia del percorso argomentativo di un medico che, volendo corrispondere ai bisogni conoscitivi di un paziente e persuaderlo dell'utilità delle terapie, non si limita ad offrire spiegazioni e approfondimenti.

Un signore di circa 60 anni ha sostenuto un intervento di gastrectomia, successivamente gli è stata prospettata la possibilità di un trattamento chemioterapico per il sospetto che la situazione clinica non fosse completamente risolta. Il paziente si rivolge all'Istituto Nazionale dei Tumori per ricevere analisi più accurate, comprendere correttamente la nuova condizione e prevenire possibili errori.

Iniziamo l'analisi del percorso argomentativo definendo i bisogni che caratterizzano la situazione. Il medico conosce la necessità del paziente di comprendere i nuovi problemi e di sapere come agire per risolverli. Conosce inoltre lo stato emotivo proprio dei malati che vivono situazioni di incertezza.

Il paziente ricorda:

*“Ho conosciuto un oncologo e gli ho detto che l'asportazione di tre quarti dello stomaco era anche dovuta alla mia sottovalutazione*

*dei primi sintomi e al ritardo nel fare gli opportuni accertamenti. Volevo evitare che una simile circostanza si ripetesse. Il medico ha dimostrato subito una grande capacità di comunicare, mi ha parlato con calma e tatto, lasciandomi il tempo di affrontare le varie notizie, specialmente quelle spiacevoli, e si è preso cura di me durante la fase di studio della mia situazione”.*

[Non è casuale che il racconto inizi evidenziando la modalità di comunicazione del medico: **Rinforzo di Influenzamento**. La sua delicatezza nel modulare le notizie ha permesso al paziente di avvertire subito un clima relazionale gradevole, compensativo del suo grande disagio, di sentirsi compreso emotivamente. Il medico, esprimendo sensibilità, ha raggiunto un preciso effetto: è riuscito a far vivere l'incontro in modo non ansioso e a disporre favorevolmente il paziente verso i passaggi da compiere.]

Il paziente continua:

*“In merito all'opportunità di seguire o meno il trattamento chemioterapico, il medico mi ha precisato che il patologo dell'Istituto avrebbe riesaminato i vetrini dell'esame istologico, che sarebbero stati eseguiti altri esami di approfondimento e che, solo a quel punto, sarebbe stato possibile formulare una risposta accurata”.*

[L'illustrazione delle indagini previste, **Rinforzo di Razionalità**, ha messo in grado il paziente di conoscere cosa sarebbe stato necessario svolgere per giungere a una diagnosi certa.]

Il paziente:

*“Una volta ottenuti gli esiti, il dottore mi ha confermato che la situazione non era perfettamente risolta, perché erano emerse delle leggere tracce sui tessuti intorno al linfonodo sentinella. Poi mi ha spiegato che, data la mia situazione clinica, la chemioterapia non era strettamente indispensabile, ma rappresentava un importante fattore preventivo che avrebbe notevolmente ridotto il rischio di un’eventuale ripresa della malattia”.*

[Il dottore, conoscendo il bisogno di reale comprensione del paziente, ha articolato la propria argomentazione offrendo precise spiegazioni: **Rinforzo di Razionalità**. Ha chiarito che la chemio non sarebbe servita per il presente, ma ne ha spiegato l’utilità per prevenire rischi evolutivi. L’effetto della relazione è stato quello di rendere il malato consapevole dell’opportunità della terapia e di conseguenza ottenere la sua adesione razionale.]

Il ricordo prosegue:

*“A questo punto il medico mi ha anche rasserenato dicendomi che nel mio caso sarebbe stata sufficiente una cura non molto lunga e non molto pesante...”.*

[Era necessario tranquillizzare il paziente? Sì, il medico ricordava l’entità dell’operazione precedente e brillantemente ha cercato di incoraggiare il signore: **Rinforzo di Influenzamento**. Gli ha fatto pensare, attraverso la reale configurazione delle terapie, che il rischio previsto fosse considerato non ampio ma contenu-

to. Ancora una volta l’oncologo si è fatto carico delle possibili emozioni del paziente, lo ha aiutato a pensare in modo positivo e a ricavare un benefico effetto. Intraprendere un trattamento pensando che avrà successo è una condizione che favorisce l’efficacia della terapia.]

*“Poi il dottore mi ha consigliato di seguire alcuni cicli di chemioterapia, ho accettato senza indugio perché avevo compreso ed ero persuaso del valore della prevenzione così come mi era stata presentata”.*

[La soluzione dell’oncologo, proposta sotto forma di consiglio, ha soddisfatto il bisogno di sapere cosa fare per non commettere ulteriori errori: **Rinforzo di Realizzazione**. È importante sottolineare che le corrette modalità relazionali di influenzamento, razionalità e realizzazione, espresse dal medico, hanno permesso di orientare efficacemente il paziente verso la decisione di cura suggerita.]

*“Successivamente il medico mi ha illustrato tempi e modalità delle chemio: 4 mesi di durata con sedute bisettimanali. Poi mi ha informato dell’opportunità di inserire un port prima di iniziare, perché avrebbe migliorato la somministrazione dei farmaci ed evitato di danneggiare vene e tessuti”.*

[L’oncologo riesce a fornire ulteriori riferimenti informativi e soprattutto a rendere il paziente consapevole della validità di

quanto proposto. Illustra infatti sia i vantaggi connessi alla somministrazione del farmaco, sia l'utilità del *port*: **Rinforzo di Razionalità.**]

Il paziente conclude:

*“Prima di iniziare l'impianto del port e le terapie, il medico, riconoscendo l'importanza che attribuisco al rapporto con mia moglie, ha ritenuto utile un incontro a tre per condividere la definizione della cura, la gestione e gli effetti. Ho sentito l'interesse che prova per me”.*

[Quest'ultima interazione ha avuto l'effetto di procurare grande soddisfazione. Il paziente ha percepito l'attenzione a lui rivolta, si è sentito considerato come persona: **Rinforzo di Valorizzazione.** Inoltre questa modalità relazionale è servita a creare un rapporto di sintonia con il malato e di partecipazione con la moglie.]

### Considerazioni

Perché il medico ha coinvolto la moglie?

Apprezzando l'accordo e la coesione tra familiari, ha rivolto la sua attenzione anche alla signora. Con elevata probabilità, ricevendo riconoscimento e stima per il proprio ruolo affettivo e assistenziale, la moglie offrirà in risposta all'oncologo ascolto e interesse. Potrebbe anche essere su posizioni diverse dal

medico ma, nel clima di reciproca attenzione, sarà il medico a riproporre le argomentazioni che permetteranno di arrivare a conclusioni condivise.

Questa osservazione permette di sottolineare ciò che ripetutamente viene riferito nelle storie che seguono: il positivo effetto di reciprocità delle manifestazioni relazionali.

Il racconto inizia con le preliminari e indispensabili manifestazioni di influenzamento e prosegue con informazioni e spiegazioni che portano alla consapevolezza. Il paziente non si è persuaso perché è stato influenzato: le argomentazioni sono molto diverse tra loro, hanno efficacia e conseguenze diverse.

La prima espressa dal medico agisce sugli aspetti emotivi del soggetto, la successiva lavora su aspetti razionali. Le manifestazioni di influenzamento hanno reso il paziente meno teso, senza ansia e tutto ciò ha facilitato la comprensione delle argomentazioni logiche e razionali.

A sua volta l'adesione razionale del paziente ha soddisfatto il medico.

Quando il malato comprende bene le informazioni e spiegazioni, la differenza tra il vantaggio (ad esempio di un trattamento descritto rispetto ad un altro) e l'utilità oggettiva (ad esempio di un intervento risolutivo, o finalizzato a ridurre un rischio evolutivo), non prosegue nel formulare dubbi sugli stessi temi. Si rivolge ad altri aspetti. E tutto questo è altamente significativo per il medico che ha sempre necessità di verificare la comprensione di un tema prima di passare ai successivi.

L'importanza della continuità nell'assistenza  
**Il cellulare del medico?**  
**Come un ciclo di chemioterapia**

Un paziente di circa 50 anni, padre di due bimbi ancora piccoli, scopre di avere un tumore al torace con metastasi a una vertebra. Quando inizia il percorso di cura all'Istituto Nazionale dei Tumori avverte un clima di spersonalizzazione e si preoccupa molto di dover interagire con medici sempre diversi. L'analisi della storia prende in considerazione i bisogni relazionali espressi dal paziente: essere considerato come persona, non un numero; sentirsi sicuro della continuità del rapporto con lo stesso medico, non sentirsi abbandonato.

Tra gli eventi più significativi del suo iter terapeutico, il paziente ricorda:

*“Dopo vari incontri con diversi dottori, uno particolarmente attento alla mia situazione mi presenta a un oncologo esperto di tumori del torace ed espone in modo approfondito il mio caso. Ho molto apprezzato questo passaggio ufficiale di consegne”.*

[La presentazione ha mostrato l'attenzione del medico uscente per la situazione del paziente: **Rinforzo di Valorizzazione**. È stata efficacemente accolta dal signore che ha percepito l'interesse del medico e si è sentito trattato in modo personalizzato.

Le conseguenze di questo comportamento sono state la stima verso il medico e la creazione delle migliori condizioni per iniziare il rapporto con l'oncologo.]

Prosegue:

*“Il nuovo medico ha descritto il percorso di cura che avremmo seguito insieme. Un suo gesto impagabile è stato quello di comunicarmi, fin dalla prima visita, il suo numero di cellulare, da usare in caso di necessità o di dubbi. Avere sul mio cellulare il suo numero è stato come fare un ciclo di chemioterapia, ha avuto lo stesso valore terapeutico. Non basta il corpo, anche l'aspetto psicologico è importante. Questo gesto mi ha fatto sentire sicuro e ritengo sia stato l'elemento che ha permesso di far nascere un profondo rapporto di fiducia”.*

[L'oncologo corrisponde subito al bisogno di sicurezza del paziente, instaura un rapporto basato sulla continuità dell'assistenza e riesce a creare fiducia: **Rinforzo di Continuità**.

Perché il comportamento relazionale del medico ha creato fiducia? Per il paziente conoscere il cammino da percorrere insieme al medico e sapere di poter contare in ogni momento sul suo intervento competente, crea un legame ricco di significati e contenuti.

La certezza della continuità del rapporto permette a ogni paziente di sentirsi “protetto”.

L'oncologo inoltre ha precisato i casi di utilizzo del cellulare, ad esempio: uso di farmaci per contrastare effetti collaterali delle

terapie o comparsa di disturbi imprevisti. Per la creazione di un efficace rapporto di continuità è quindi necessaria anche la definizione del reciproco impegno: il medico assicura di intervenire e sostenere telefonicamente il paziente che a sua volta si impegna a rispettare quanto previsto.

Se l'apprensione per i momenti di crisi è superata dalla certezza di un contatto tempestivo, la pianificazione dei casi in cui utilizzare il cellulare offre un ulteriore proficuo significato. L'obiettivo dei pazienti coinvolti in lunghi percorsi di cura consiste anche nel poter condurre una vita qualitativamente normale e ogni giorno passato senza telefonare al medico configura un tempo positivo, che a sua volta contribuisce ad aver fiducia nella normalità dei giorni successivi, così come nelle terapie in atto.]

Per chi temesse ancora l'eccessivo uso o abuso del telefono riprendiamo il ricordo del paziente che rafforza l'efficacia del "dare fiducia":

*“Ho chiamato il medico due volte, perché non potevo farne a meno, e l'oncologo ha sempre risposto subito: non si è mai mostrato sorpreso per possibili sviluppi o complicazioni, ma sempre fermo e sicuro. So che lui c'è. Ma ciò che mi ha colpito di più è che è stato lui a chiamarmi spesso, almeno sei volte da quando lo conosco. Tutto ciò mi ha permesso di aprirmi e di affidarmi a lui”.*

[Le telefonate fatte dal medico, ulteriore **Rinforzo di Continuità**, descrivono l'aspetto di reciprocità e amplificazione conseguente alle manifestazioni relazionali positive. L'oncologo ha

dato fiducia al paziente che l'ha ricambiata. Nel tempo questa modalità ha permesso al paziente di accrescere anche la fiducia in se stesso. Il medico e il malato percorrono il cammino di cura insieme e creano un rapporto di interdipendenza, non di dipendenza.]

Il paziente ricorda anche un altro intenso momento del primo incontro:

*“Avevo chiesto al medico, per le responsabilità che ho anche nei confronti della mia famiglia, di sapere a cosa stavo andando incontro, quali erano le possibilità di guarire. Il dottore si è mostrato coinvolto, ha risposto senza giri di parole che potevo affrontare la situazione. Con la sua fermezza ha conquistato la mia stima”.*

[Il medico ha riconosciuto il valore della richiesta e a sua volta ha assunto la responsabilità di corrispondere in modo mirato e veritiero alle esigenze del paziente - capo famiglia: **Rinforzo di Valorizzazione**. La modalità relazionale ha colto nel segno. Prima di presentare aspetti clinici ha soddisfatto il bisogno prioritario del paziente di ricevere considerazione per la persona e i suoi valori di rispetto verso se stesso e verso la famiglia.]

*“Poi mi ha spiegato che, con la mia corporatura, nelle mie condizioni fisiche e per la mia situazione clinica, si poteva lavorare e ha approfondito in quale modo farlo. Consapevole della gravità della mia condizione e del lavoro necessario ad affrontarla, gli ho detto che ero pronto a farlo”.*

[La manifestazione relazionale soddisfa a questo punto il bisogno del paziente di comprendere perché può affrontare la situazione. Poi, i dettagli sulle modalità di lavoro lo rassicurano e gli permettono di persuadersi: **Rinforzo di Razionalità.**]

Il paziente conclude:

*“Grazie a questo rapporto di fiducia mi sento sicuro ad affidarmi anche ad altri medici dell’Istituto perché so di poter sempre contare sull’oncologo come mio punto di riferimento”.*

[Il risultato conclusivo dichiarato dal paziente è il più elevato che si possa raggiungere con i **Rinforzi di Continuità**: creare fiducia anche nella struttura ospedaliera.]

### Considerazioni

Il percorso costruito dall’oncologo ha permesso di creare le migliori condizioni per il lungo periodo di cura che dovrà sostenere un paziente con famiglia e figli piccoli.

La particolare efficacia della relazione in questa storia nasce dalla presentazione approfondita della condizione clinica e personale fatta da un medico al collega oncologo: da una situazione in cui i medici mettono al centro della propria attenzione e responsabilità il malato, non solo la malattia.

Il paziente arriva al nuovo incontro sentendosi correttamente conosciuto e considerato e questo genera positive conseguenze

di sviluppo del rapporto. L’episodio non racconta tutti i passaggi clinici e relazionali ma permette di sottolineare l’importanza che hanno avuto nella storia due tipi di manifestazioni: i **Rinforzi di Continuità e di Valorizzazione.**

Il primo, a differenza dei rinforzi di influenzamento che motivano il paziente verso il percorso di cura, ha conferito certezza di un cammino che sarà svolto dal paziente e dal medico insieme, anche quando interverranno altri medici.

Il secondo, con le manifestazioni di responsabilità del medico apprezzate dal paziente, ha creato un contesto di accordo e sintonia.

Il viaggio nella cura sarà percorso dai protagonisti insieme e con armonia.

L'importanza di mettere a proprio agio

### Signora, le descrivo ciò che stiamo facendo

Una signora scopre la presenza di un nodulo al seno in occasione di una mammografia di *screening*. Il tumore è stato diagnosticato precocemente, ma non è stato chiarito se sia necessario l'intervento chirurgico o sia sufficiente tenere la situazione sotto osservazione. La paziente si rivolge all'Istituto Nazionale dei Tumori per un consulto e per ricevere indicazioni precise.

Il racconto della signora si articola in due distinti momenti di cura nei quali una dottoressa corrisponde ai bisogni relazionali che progressivamente vengono avvertiti o comunicati.

Il medico è consapevole del bisogno di soluzione della paziente, si aspetta di incontrare una persona emozionata e conosce quindi anche il suo bisogno di sensibilità e conforto.

La paziente ricorda:

*“Al primo incontro, la dottoressa, dopo aver esaminato la mia situazione clinica, ha espresso con autorevolezza il suo consiglio: operare. In questo modo la situazione è subito risolta, senza rischiare un aumento della massa e forse non sarà neppure necessario affrontare le terapie”.*

[L'articolata manifestazione relazionale utilizzata soddisfa innanzi tutto il bisogno della paziente di essere orientata verso una

decisione e di sapere come agire: **Rinforzo di Realizzazione**. Il percorso argomentativo inizia con la formulazione del consiglio, ma non si ferma ad esporre solo la proposta di soluzione.

La dottoressa prosegue la relazione fornendo alla paziente una precisa spiegazione sulla convenienza della proposta: **Rinforzo di Razionalità**. Corrisponde al bisogno implicito della signora di comprendere le ragioni del consiglio. Presenta il vantaggio della rapida soluzione rispetto al rischio dell'attesa: possibili incrementi della massa e conseguenze più ampie.

Infine la dottoressa, conoscendo da un lato il bisogno della paziente di essere confortata per la scoperta del tumore e desiderando dall'altro stimolarla all'intervento, offre speranza e incoraggiamento: **Rinforzo di Influenzamento**. Ipotizza un beneficio personale di intenso valore: non doversi sottoporre alle chemio o alle radioterapie. L'argomentazione soddisfa il bisogno di comprensione emotiva della signora, la fa sentire sollevata dal turbamento della patologia e la dispone favorevolmente alla soluzione proposta.

In questo racconto il consiglio risolutivo, il vantaggio concreto e l'aspetto motivazionale rappresentano un percorso articolato di “guida” alla decisione. Tale percorso è risultato efficace, ha corrisposto ai bisogni della signora che si è sottoposta all'intervento in *One Day Surgery* con la stessa dottoressa.]

Racconta:

*“In sala operatoria ero sveglia, parecchio tesa e ho cominciato ad agitarmi. Ho anche chiesto di poter vedere il monitor, di seguire*

*l'intervento. La dottoressa ha colto la mia difficoltà emotiva e il bisogno di essere tranquillizzata ed è stata molto comprensiva. Mi ha detto: mi spiace signora, non è possibile vedere il monitor, ma se le fa piacere posso descriverle quello che stiamo facendo. Così mi ha parlato durante tutta l'operazione sottolineando positivamente ogni risultato raggiunto e offrendomi progressivo sollievo. Tutto è andato bene”.*

[La dottoressa in questa sequenza si è mostrata sensibile, ha compreso ciò che stava vivendo emotivamente la paziente; flessibile, cambiando il proprio modo di agire; indulgente, interagendo a lungo: **Rinforzo di Influenzamento**. L'effetto sulla paziente è stato il recupero di tranquillità e di serenità.

Il medico, esprimendo questo comportamento benevolo, mostra di conoscere il reale valore dell' "influenzamento", che non consiste solo in una generica manifestazione di gentilezza o cortesia. In altri racconti è stata mostrata l'efficacia dei sorrisi, degli sguardi e delle strette di mano autentiche, ma in questo caso la paziente ha ricevuto molto altro. Ha ricordato di essere stata aiutata in modo mirato al suo reale bisogno di ricevere vicinanza emotiva e calore interpersonale.

La manifestazione di comprensione emotiva molto apprezzata dai pazienti consiste proprio nel ricevere un aiuto concreto, rivolto alle necessità dell'area privata.

Inoltre possiamo sottolineare che il medico conosce bene la reciprocità delle manifestazioni relazionali: se il medico spiega con chiarezza e approfondimento, il paziente non esprime

dubbi; se la dottoressa aiuta la paziente accorciando le distanze, riceve in risposta la sua calma e può agire come le è necessario].

La signora conclude il racconto precisando che ogni volta che le capita di incontrare la dottoressa in Istituto la ferma, la saluta e la ringrazia per la comprensione e la disponibilità ricevute.

### Considerazioni

Nel primo incontro, la modalità espressa dalla dottoressa ha condotto la signora a prendere una decisione di reciproca soddisfazione. La seconda fase del ricordo è stata di particolare soddisfazione per la paziente: alla fine ha raccontato che quando casualmente incontra la dottoressa le manifesta, ancora dopo anni, sentimenti di vera gratitudine.

Anche a fronte di questi aspetti positivi possiamo notare che il medico non ha espresso **Rinforzi di Continuità e di Valorizzazione**.

Perché il medico non ha assicurato assistenza nel futuro percorso clinico?

La gratitudine che la signora rivolge alla dottoressa quando la incontra casualmente fa comprendere che l'iter dei controlli non era previsto con la stessa dottoressa: il caso clinico non prevedeva quindi continuità di rapporto.

Perché la dottoressa non ha manifestato accordo con la signora o apprezzamento per i suoi comportamenti di confronto tra

soluzioni alternative, di rapidità nella decisione o altro?

Non abbiamo notizia di questi aspetti, forse sono stati espressi e non ricordati. Quest'assenza ci permette però di concludere che ogni paziente valuta in modo personale ciò che ritiene di maggiore soddisfazione.

Su questa considerazione possiamo invitare i medici a verificare l'efficacia di ogni modalità relazionale espressa e concludere che anche le manifestazioni di influenzamento, dal non verbale all'aiuto concreto, appagano bisogni e creano una soddisfazione che non si dimentica.

L'importanza di valorizzare i comportamenti

### Gli apprezzamenti dell'oncologo e la stima reciproca

Questo episodio di cura permette di riconoscere ciò che avviene in conseguenza delle manifestazioni di attenzione e apprezzamento che i medici rivolgono ai pazienti.

Presenta la storia di un uomo di circa 55 anni che, dopo un percorso chemioterapico presso l'Istituto Nazionale dei Tumori, durato un paio d'anni, ha potuto sottoporsi all'atteso intervento chirurgico al fegato.

Il malato ricorda con piacere gli avvenimenti che lo hanno condotto a sostenere l'operazione:

*“Il mio viaggio inizia con un oncologo che si è mostrato coinvolto e mi ha fatto sentire preso in carico con il mio non semplice caso”.*

[Il racconto si apre con una sintesi significativa dei comportamenti iniziali del medico. Il paziente rammenta che l'oncologo si è “fatto carico” della sua situazione, gli ha quindi comunicato non solo attenzione e interesse, ma anche una precisa manifestazione di assunzione di responsabilità nella cura: **Rinforzo di Valorizzazione**.

Il medico, conoscendo il delicato caso clinico, ha corrisposto al

bisogno del paziente, inespresso ma reale, di sentirsi considerato e compreso sia sul piano razionale che emotivo. Questa manifestazione iniziale definisce la base sulla quale il medico costruisce un percorso di stima per arrivare a ricevere dal paziente comportamenti in sintonia con le proprie considerazioni.]

*“Mi ha spiegato che, visto lo stato avanzato della malattia, un’operazione non sarebbe stata possibile, in quanto troppo invasiva. Per la mia situazione sarebbe stato necessario iniziare con la chemioterapia per poter raggiungere le condizioni cliniche adatte ad affrontare un intervento”.*

[L’argomentazione del medico ha permesso di soddisfare il bisogno di comprensione razionale: il paziente ha ricevuto spiegazioni sullo stato della patologia e sulle sue conseguenze. La precisazione del rischio connesso a un intervento immediato e dell’utilità delle terapie ha consentito di rendere il paziente consapevole del percorso clinico da seguire: **Rinforzo di Razionalità.**]

Il paziente continua:

*“Mi ha assicurato che ci sarebbe stato anche in seguito, anche quando sarebbe stato necessario scegliere come procedere, non sarei mai stato solo”.*

[Il medico, prevedendo un percorso terapeutico non breve, dichiara la propria assistenza continuata: **Rinforzo di Continuità.**

In tal modo previene il bisogno del paziente di sentirsi protetto, di superare eventuali sensi di smarrimento o di abbandono. Con questa argomentazione il medico ha conquistato la piena fiducia del malato.]

Come può ora il medico prendersi ulteriormente cura del signore?

Il paziente ricorda:

*“Il medico mi ha spesso rivolto apprezzamenti sul mio modo di affrontare la terapia. Ho seguito la chemioterapia senza particolari malesseri e senza interrompere la mia vita di sempre. Andavo al Day Hospital, facevo la seduta e poi tornavo al lavoro. Il medico mi apprezzava per questo e diceva che il mio modo di vivere la malattia giocava un ruolo importante nella cura ed era coerente con i risultati da ottenere. Mi sono sentito curato in modo personalizzato e ho manifestato al medico tutta la mia stima”.*

[Gli apprezzamenti del medico sui comportamenti realmente espressi e concretamente identificati, hanno conferito al paziente un alto livello di soddisfazione: **Rinforzo di Valorizzazione.** Il medico ha appagato il bisogno dell’assistito di sentirsi riconosciuto e stimato per le proprie reazioni e anche per ciò che ritiene importante per sé, il lavoro.<sup>1</sup>

A questo punto il percorso di concordanza tra medico e paziente ha raggiunto la reciprocità: il medico stima il malato che si impegna nella cura e nel lavoro, il paziente stima il medico che

lo osserva, lo valuta e lo apprezza.]

Prosegue il paziente:

*“Dopo un certo numero di terapie, l'oncologo mi ha spiegato che la situazione clinica era tale da permettere l'intervento e ha aggiunto che era il momento di operarmi”.*

[In seguito al chiarimento, **Rinforzo di Razionalità** e all'esplicitazione della soluzione, **Rinforzo di Realizzazione**, il paziente opta per l'intervento.]

*“Il medico ha continuato a seguire il mio caso e si è messo in contatto con i chirurghi per conoscere le loro considerazioni sulle modalità di realizzazione dell'intervento. Ciò ha sicuramente fortificato la mia fiducia nei suoi confronti”.*

[Come aveva anticipato, l'oncologo continua a seguire il paziente: **Rinforzo di Continuità**. Questo comportamento ha precisi effetti sulla fiducia che il paziente ripone nel medico e nel percorso di cura.]

*“Il dottore è venuto diverse volte in reparto a trovarmi, prima e dopo l'operazione, interessato a conoscere le mie condizioni cliniche. Non era scontato che si comportasse in quel modo, ma lo ha fatto”.*

[Il ricordo si conclude con un'ulteriore manifestazione di attenzione e interessamento: **Rinforzo di Valorizzazione**. Il paziente afferma che l'oncologo si è recato a trovarlo nel reparto di chirurgia, ma precisa subito che la presenza non era di semplice cortesia. Il medico si è ulteriormente assunto la responsabilità di verificare le condizioni dell'assistito, esprimendo scrupolosità e rispetto.]

### Considerazioni

La storia descritta ha evidenziato il percorso di un uomo ancora giovane, che ha vissuto l'incertezza della soluzione e della durata delle terapie, che si è impegnato nelle cure e contemporaneamente nel lavoro.

Il racconto del paziente parte con il ricordo dell'incontro con l'oncologo che lo ha messo al centro della propria attenzione e si è assunto la responsabilità della cura verso la persona, non solo verso il tumore.

Sottolinea i momenti in cui il paziente ha ricevuto spiegazioni che lo hanno reso consapevole, assistenza continuata che ha procurato fiducia nel medico e nel futuro clinico e soprattutto apprezzamenti per i propri comportamenti: ciò ha avuto evidenti conseguenze sulla stima verso il dottore e altrettanti esiti significativi sulla stima di sé.

In sintesi, la reciprocità dei comportamenti degli attori ha amplificato i positivi effetti delle dinamiche relazionali sino all'ap-

prezzamento di ogni manifestazione del medico, anche delle rassicuranti quanto rasserenanti visite di verifica in reparto.

1. A supporto dell'importanza di questi aspetti, riferiamo che la Ricerca Stargate della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus, svolta sul tema del rientro al lavoro dei malati gravi e cronici, ha evidenziato che anche le aziende sono consapevoli dell'importanza che i collaboratori attribuiscono all'attività professionale: sia al ritorno alla stessa mansione, sia a ricevere le stesse soddisfazioni professionali del tempo precedente la malattia.

L'importanza di accompagnare nella decisione  
**Le consiglio di affrontare l'intervento**

La storia che segue conclude il ciclo dei racconti collegati alle cinque dimensioni illustrate nel capitolo terzo dedicato alla presentazione del Modello Relazionale Ippocrates. Il racconto consente di verificare le conseguenze delle argomentazioni e parole di un medico che accompagna una paziente a scegliere e decidere la soluzione clinica.

Una signora di circa 80 anni deve definire la soluzione per un ulteriore tumore polmonare e avverte la necessità di essere pienamente informata e consapevole del proprio stato clinico.

Ricorda:

*“Al primo incontro il chirurgo si è presentato e mi ha detto che sarebbe stato lui a occuparsi del mio caso”.*

[La manifestazione relazionale del medico, che non conosceva la paziente, è risultata particolarmente significativa, ha permesso di dare soddisfazione a un bisogno della signora, inespresse ma presente: ricevere l'attenzione del chirurgo. Il medico, definendo la propria responsabilità di cura nella situazione, ha fatto percepire alla signora di essere in un rapporto paritetico tra persone, con responsabilità diverse, non solo in un rapporto

tra ruoli: **Rinforzo di Valorizzazione.**]

*“Sono rimasta colpita dalla sensibilità del medico, è stato molto cordiale, ha avuto buone parole per me, quelle che fanno bene”.*

[La modalità espressiva del chirurgo è stata di nuovo efficace: ha creato un clima relazionale piacevole. Compensando il disagio della signora con il proprio calore ha corrisposto al bisogno, ricorrente nei malati, giovani e anziani, di essere compresi emotivamente, per le proprie tensioni, i problemi familiari e altri della sfera privata: **Rinforzo di Influenzamento.**]

Il chirurgo, dopo aver gestito opportunamente la fase preliminare della reciproca conoscenza e aver creato le migliori condizioni, è passato ad affrontare gli aspetti clinici.

La signora racconta:

*“In seguito il dottore ha chiarito il quadro della situazione: «Si tratta di un tumore molto piccolo, del diametro di 6-7 mm, posizionato nel polmone destro. In questi casi è prevista l'asportazione della massa e in particolare, quando il volume della massa è ridotto, l'operazione non comporta lesioni al polmone. I tempi di recupero sono piuttosto brevi e, una volta asportato il tumore, non si rendono necessarie terapie successive»”.*

[Il percorso argomentativo del chirurgo ha informato con chiarezza la paziente che ha compreso la propria situazione, la prassi

prevista e le relative conseguenze: **Rinforzo di Razionalità.** Il medico ha quindi soddisfatto il bisogno di comprensione razionale.]

La paziente affronterà l'intervento? Aderire razionalmente ad una spiegazione significa essere consapevoli, ma non necessariamente decidere conseguentemente.

Il chirurgo sa che deve fornire ulteriori informazioni cliniche e argomentazioni mirate prima di proporre la soluzione che ritiene adeguata allo specifico caso.

La signora prosegue citando le parole del medico:

*“Mi dispiace molto, ma devo anche darle una notizia che riguarda un probabile aspetto critico della situazione”.*

[Il medico ha fatto precedere la notizia negativa dalla manifestazione dei propri sentimenti. Successivamente ha espresso sensibilità parlando di probabilità e in questo modo ha contenuto il turbamento della paziente: **Rinforzo di Influenzamento.**]

*“La forma di tumore da cui lei è affetta ha un'elevata probabilità di ripresentarsi”.*

[Il chirurgo ha esposto razionalmente il grande rischio connesso al tipo di tumore: **Rinforzo di Razionalità.**]

La paziente prosegue:

*“Volevo sapere la verità qualunque essa fosse. Il dottore è stato franco*

*con me, ha evidenziato tutti gli elementi positivi, ma anche quelli negativi. Mi ha spiegato le cose in modo chiaro ed esauriente e ho molto apprezzato”.*

La signora ha conosciuto e compreso l'intero quadro: è pronta per decidere? Il medico deve proporre la soluzione?

Il medico poi ha proseguito dicendo:

*“Se la probabilità dovesse realizzarsi, potrà contare su di me e affronteremo insieme il da farsi”.*

[L'argomentazione presentata ha soddisfatto il bisogno della signora di non sentirsi abbandonata in caso di recidiva e di ricevere protezione e garanzia di assistenza anche in futuro.

Il medico ha offerto il proprio sostegno e impegno a diventare punto di riferimento della paziente. Inoltre con la seconda parte dell'argomentazione, ha creato un legame di fiducia con sé e verso il percorso clinico: **Rinforzo di Continuità.**]

Di nuovo il medico:

*“A fronte di tutto questo e per evitare che la massa si ingrossi, il mio consiglio è affrontare l'intervento e asportare il tumore”.*

[La conclusione del percorso di orientamento della signora verso la decisione si compone di due differenti tipi di argomentazione: la prima è di tipo razionale e rende consapevole la paziente di un nuovo rischio, ingrossamento della massa, altrettanto

importante del precedente, la recidiva. La differenza consiste nel fatto che il nuovo rischio si può evitare: questa considerazione evidenzia l'utilità di provvedere subito all'asportazione della massa: **Rinforzo di Razionalità.**

La seconda argomentazione presenta, sotto forma di consiglio, la soluzione che il medico considera opportuna per il caso della paziente: **Rinforzo di Realizzazione.** Questa manifestazione appaga il bisogno della signora di superare la resistenza ad affrontare l'intervento.]

Come reagirà la signora ricevendo il consiglio?

La paziente ricorda:

*“Non ho avuto alcun dubbio al riguardo”.*

[Il positivo clima costruito all'inizio del rapporto ha accompagnato il percorso della paziente che ha deciso per la soluzione ricevuta. Il **Rinforzo di Realizzazione** ha quindi raggiunto l'effetto atteso.]

La malata conclude:

*“Ho anche molto gradito che, dopo l'operazione, il medico sia venuto subito a dirmi che era andato tutto bene e a darmi tranquillità”.*

[Dopo l'intervento la paziente si è sentita subito rasserenata dalla presenza e dalle parole del chirurgo: **Rinforzo di Influenzamento.**]

## Considerazioni

Il positivo risultato di orientamento alla soluzione è la conseguenza dell'uso concatenato di varie modalità relazionali, definito percorso di "guida".

In particolare il chirurgo:

- ha iniziato l'incontro mostrando attenzione verso la paziente e attivando un rapporto personalizzato;
- offrendo la propria sensibilità, l'ha ben disposta;
- ha fornito informazioni chiare e fatto comprendere la situazione clinica;
- con la manifestazione dei propri sentimenti è riuscito ad agevolare la ricezione di una cattiva notizia;
- ha descritto il rischio connesso alla cattiva notizia. La paziente ne ha così compreso la gravità.

Ciò che porta la signora alla scelta non è la paura che si verifichi la recidiva, ma la capacità relazionale del medico che:

- fornisce sicurezza della propria assistenza. La paziente si sente protetta dal chirurgo nell'eventuale successivo percorso clinico;
- evidenzia il nuovo rischio di crescita della massa e rende la paziente consapevole dell'utilità dell'intervento;
- propone infine la soluzione alla quale la signora aderisce razionalmente.

La leva argomentativa più forte della storia riguarda il rischio

immediato connesso alla crescita del tumore e l'utilità di evitarlo: perché il medico non ha privilegiato questo ultimo aspetto? L'importante rischio di recidiva era comunque da comunicare e affrontare. Superata la questione con la positiva continuità del suo sostegno, il medico sapeva che avrebbe risolto l'altro problema evidenziando l'utilità dell'intervento immediato.

In sintesi il chirurgo gestisce la situazione della paziente creando prima le positive condizioni del rapporto e affrontando poi progressivamente ogni difficoltà.

La prima, rischio di recidiva, è presentata e risolta contestualmente creando fiducia nel futuro.

La seconda, rischio di aumento della massa, è risolta con la richiesta di decisione.

È necessario precisare che la storia parla solo di un eventuale rischio di recidiva, non di certezza. In questo caso il medico avrebbe presentato altre proposte risolutive - **Rinforzi di Realizzazione** - accompagnate dalle relative spiegazioni di utilità ed efficacia.

A conclusione della storia possiamo affermare che dalla complessità delle situazioni, dall'interazione tra bisogni e rinforzi è emerso un rapporto di ampia soddisfazione per la paziente e per il suo medico.

L'importanza di capire le tensioni vissute dal paziente  
**Il medico s'è scusato del ritardo  
 e la rabbia è svanita**

Questa storia racconta un comportamento relazionale rilevato raramente, ma considerato molto importante e efficace in ambito clinico così come in ogni contesto sociale.

Un paziente di circa 70 anni, biologo, riceve una diagnosi di cancro allo stomaco ed è molto spaventato, soprattutto per ciò che la patologia comporta sul piano fisico. Cerca subito un consulto, desidera approfondire per giungere alle necessarie conclusioni. All'Istituto Nazionale dei Tumori incontra un chirurgo che corrisponde al bisogno di conoscere e comprendere razionalmente la patologia, al bisogno di individuare soluzioni e quindi di decidere.

Ricorda alcuni momenti importanti del suo percorso di cura:  
*“Durante l'incontro di consulto il medico, dopo avere esaminato la documentazione, ha confermato subito la necessità di un intervento chirurgico”.*

[È stato soddisfatto il bisogno che il paziente riteneva prioritario, sapere cosa fare per risolvere la situazione clinica: **Rinforzo di Realizzazione.**]

*“Il chirurgo ha poi descritto e spiegato in maniera esauriente gli aspetti legati alla patologia, all'intervento e alle possibili conseguenze post operatorie”.*

[Il medico ha quindi argomentato gli aspetti che lo hanno portato ad esprimere il parere: **Rinforzo di Razionalità.** In questo modo ha corrisposto al bisogno del paziente di conoscere e comprendere razionalmente la diagnosi e anche la necessità e le modalità dell'intervento.]

*“Inoltre il medico, quando è venuto a conoscenza della mia professione di biologo, è entrato nei particolari, utilizzando una terminologia più specifica. Ha riconosciuto la mia competenza, si è rivolto a me alla pari, come se parlasse a un collega”.*

[La modalità relazionale utilizzata dal medico ha corrisposto a un importante bisogno del paziente, non dichiarato ma presente: sentirsi riconosciuto e considerato per la propria storia ed esperienza: **Rinforzo di Valorizzazione.**

La modulazione degli approfondimenti, mirata alle competenze scientifiche del paziente, ha mostrato il percorso di attenzione e ascolto seguito dal chirurgo, ha fatto emergere il suo coinvolgimento e il suo interesse verso la persona.]

Il paziente precisa:

*“Dopo questa visita mi era tutto chiaro, la professionalità e la competenza del chirurgo avevano fatto la differenza. Ho optato per*

*l'intervento in Istituto anche se i tempi di attesa erano più lunghi e dovevo rinunciare alla familiarità dell'Ospedale vicino a casa".*

[Il paziente ha così scelto la soluzione clinica attraverso un percorso "guidato". Inizialmente il chirurgo ha espresso il proprio parere fornendogli un primo orientamento verso la decisione. Ha poi chiarito razionalmente gli aspetti clinici e infine ha personalizzato il rapporto. Riconoscendo le competenze scientifiche del paziente ha creato sintonia, ha conquistato la sua stima e raggiunto la piena condivisione del percorso clinico.]

In occasione dell'intervento il paziente ricorda di avere vissuto una situazione imprevista nella quale ha sfogato con il medico il suo stato d'ansia:

*"Nel giorno previsto i miei familiari sono venuti in Istituto di buon mattino. Solo alle 13 un medico ci ha avvisati che c'erano dei ritardi. Ho incominciato a innervosirmi, l'attesa aveva alimentato la mia ansia e avevo i nervi a fior di pelle. Alle 14,30 è venuto personalmente il chirurgo nella mia camera e ho manifestato tutta la mia rabbia. Lui mi ha detto d'essere dispiaciuto, di comprendere il mio stato d'animo. Infine si è scusato a nome di tutto lo staff".*

[Il medico ha dato soddisfazione al bisogno del paziente di sentirsi compreso per l'agitazione e compensato per il disagio subito. Con la presenza in camera e con l'espressione del sentimento di dispiacere, il chirurgo ha offerto al paziente calore, sensibilità e comprensione per la sofferenza emotiva provocata dall'attesa.

Inoltre, con le scuse a nome della struttura, ha soddisfatto il bisogno insorto di agevolare il ritorno a un normale rapporto emotivo del paziente con lo staff: **Rinforzo di Influenzamento.**]

*"Il chirurgo mi ha comunicato che l'intervento era rimandato al giorno successivo a causa di un'operazione iniziata molto presto al mattino e prolungatasi per difficoltà impreviste. Ha poi spiegato che certi inconvenienti non possono essere ipotizzati e si scoprono solo durante l'intervento".*

[La manifestazione relazionale, giustificando le cause del ritardo, ha corrisposto al bisogno del paziente di conoscere i motivi concreti dell'inconveniente accaduto e del conseguente rinvio: **Rinforzo di Razionalità.** L'argomentazione del medico ha permesso inoltre di soddisfare la necessità di entrambi gli attori di tornare alla normalità anche sul piano della reciproca comprensione razionale.]

*"Il medico ha detto che avrebbe fatto il possibile per inserirmi tra i primi interventi all'indomani e, quando ha notato che ero digiuno dalla sera precedente, ha aggiunto che, se gradivo, poteva interessarsi personalmente per farmi mandare dalla cucina qualcosa di leggero da mangiare. Mi ha fatto piacere la sua disponibilità, mi è sembrata un gesto molto bello. Il bilancio della mia esperienza in Istituto è positivo, tutto si è risolto al meglio e di questo devo senza dubbio ringraziare il chirurgo".*

[Il breve racconto si conclude con un ampio comportamento relazionale rivolto ancora a compensare le tensioni vissute dal paziente: **Rinforzo di Influenzamento**. Le parole del medico prima offrono speranze sui tempi, successivamente disponibilità personale e raggiungono l'importante risultato di facilitare il benessere del paziente e di predisporlo favorevolmente al percorso di cura.]

### Considerazioni

Nella prima parte il caso mostra quanto il Comportamento Relazionale di Valorizzazione abbia giocato un ruolo fondamentale nello sviluppo del percorso di cura del paziente. Le conseguenze della Valorizzazione ricevuta hanno determinato la condivisione delle parole del medico, la decisione conseguente, compresa la scelta di accettare i maggiori tempi di attesa per il ricovero. Ricevere attenzione, ascolto e personalizzazione, rappresenta per tutti i pazienti un riconoscimento che genera a sua volta attenzione, ascolto, apprezzamento e un percorso di concordanza. A differenza del Comportamento Relazionale di Influenzamento, che sollecita disponibilità, flessibilità, simpatia e altri sentimenti o emozioni positive, la Valorizzazione assertiva suscita armonia, accordo, reciproca comprensione razionale e emotiva. Nella seconda parte la storia evidenzia la corretta gestione relazionale del rinvio dell'intervento, svolta attraverso l'espressione di sentimenti e la manifestazione di scuse.

Perché il medico esprime dispiacere e poi anche le scuse?

Il racconto chiarisce che non è responsabile del ritardo, non deve quindi compensare una propria mancanza: prova dispiacere per il disagio del paziente e lo esplicita.

Ritiene però responsabilità dello *staff* avvisare tempestivamente gli interessati di eventuali slittamenti e affronta questa mancanza scusandosi a nome dell'Istituto.

La prima manifestazione relazionale di influenzamento avvicina ulteriormente le parti, agisce efficacemente sulla qualità del rapporto migliorandola.

La seconda, unica modalità relazionale disponibile quando non è possibile rimuovere la causa del contrasto, permette di ripristinare il rapporto sociale in termini paritetici.

Anche questa argomentazione agisce positivamente sul rapporto, ma propone solo di superare la negatività. Spesso però chi riceve una richiesta di scuse è appagato dall'ammissione di responsabilità e per questo è disponibile alla remissione dell'accaduto. Per questo è possibile tornare alle condizioni di rapporto precedente.

La capacità di stimolare reciproca comprensione emotiva rappresenta l'efficacia del comportamento relazionale di influenzamento.

La Manifestazione di Influenzamento, seppure considerata meno intensa di altre, è portatrice di grande valore sociale e a volte costituisce la sola modalità relazionale valida per far proseguire il rapporto con reciproca serenità.



CAPITOLO SESTO  
L'INCONTRO TRA NEUROSCIENZE  
E RELAZIONE DI CURA

**Intervista con Alan Pampallona**

*di Giuseppe Ceretti*

Il viaggio nel territorio delle relazioni tra medico e paziente si avvia alla conclusione, anche se in realtà è solo l'inizio del lungo cammino sul sentiero del cambiamento proposto nel principio di questo libro.

La buona relazione, come si è sottolineato nei capitoli precedenti, non è solo un atto dovuto di rispetto della dignità del paziente, ma è fonte di processi positivi che permettono di soddisfare i differenti e complessi bisogni dei pazienti: dal comprendere al sapere cosa fare, per rendere realmente il malato soggetto autonomo, in grado di prendere decisioni consapevoli.

Tuttavia, non a caso, il titolo di questo lavoro "Anche le parole curano" suggerisce qualcosa di più. Parafrasando e rovesciando l'antica locuzione latina: "verba manent", le parole sono un atto di cura, il primo atto, il primo farmaco somministrato e sempre usato, giorno dopo giorno e da esse dipende tanta parte delle successive tappe diagnostiche e terapeutiche.

Il lavoro della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus ha indirizzato le proprie energie nella verifica dell'efficacia dei Rinforzi di Cura. Nel corso dell'intensa attività d'indagine qui presentata, si è anche sviluppato e approfondito l'interesse sulle ricerche scien-

tifiche che già dagli Anni Ottanta si occupano degli effetti della relazione medico - paziente sui processi di cura. Oggi una nuova declinazione di questo tema è fornita dalle neuroscienze e, in particolare, dagli studi neurofisiologici.

Con Alan Pampallona, managing director della Fondazione, *Project Leader* del Progetto Ippocrates, parliamo di questo complesso e affascinante itinerario di ricerca e dei possibili sviluppi futuri.

***Capitolo dopo capitolo, in questo lavoro sono state presentate e commentate tante storie di pazienti. Senza entrare nel merito di alcun singolo esempio, quanto hanno inciso i buoni comportamenti relazionali dei medici sulle effettive condizioni cliniche dei pazienti? Che cosa suggerisce l'esperienza messa in atto?***

La domanda mi permette di chiarire subito un punto importante: il lavoro d'indagine che abbiamo svolto aveva, ma è meglio dire ha come scopo l'analisi della soddisfazione di bisogni relazionali. Le parole del medico e le loro conseguenze sulla sfera cognitiva ed emotiva del paziente sono dunque lo strumento di scandaglio e l'oggetto primario d'indagine. Noi non sappiamo se e quanto le parole e i comportamenti del medico abbiano inciso sulle condizioni cliniche del paziente: la domanda indubbiamente ci affascina, come ha affascinato un po' tutti coloro che si sono occupati di relazione e, in particolare, di relazione medico - pa-

ziente. La questione però è terribilmente complessa. Negli ultimi trent'anni gran parte degli studi e delle ricerche sperimentali sulle conseguenze delle buone relazioni hanno indicato correlazioni importanti tra buona relazione medico - paziente e *outcome* clinici. Si tratta però sempre di nessi indiretti: per fare un esempio, se il paziente si fida del medico è più aderente alle terapie e quindi sta oggettivamente meglio, le sue condizioni fisiche, se le terapie sono adeguate, sono migliori, la cura è efficace. Studi più recenti, però, lasciano intravedere interessanti tentativi di risolvere o comunque spiegare parte di quella complessità, evidenziando nessi più diretti tra relazione ed effetti, osservabili anche su un piano fisiologico.

***Lei fa riferimento a letture di studi e lavori sperimentali che vi hanno impegnato in parallelo all'intensa attività d'indagine all'Istituto Nazionale dei Tumori. Qual è lo spettro d'analisi e quali itinerari stimolano queste ricerche?***

Come ho accennato, studi recenti indicano uno sforzo di comprensione più accurata e diretta dei benefici per il paziente, in termini di riduzione di complicanze, che derivano da una buona relazione con il medico. Per esempio, una ricerca del 2012 svolta nella Ausl di Parma su pazienti diabetici mostra una correlazione statisticamente significativa tra le capacità relazionali del medico e il decorso della malattia: i pazienti di medici con alta capacità di empatia hanno meno complicanze metaboliche acute rispetto

ai pazienti di medici con bassi livelli di empatia. Un'altra strada molto interessante, dal nostro punto di vista, è rappresentata da alcuni esperimenti che indagano gli effetti prodotti sul paziente da specifiche modalità relazionali del medico. In uno studio sperimentale ad alcuni pazienti parkinsoniani è stato detto che sarebbero stati sottoposti a un nuovo trattamento che avrebbe prodotto una migliore performance motoria. Un gruppo di pazienti riceveva il trattamento. Un altro gruppo era solo stato persuaso di ricevere il trattamento, che in realtà non veniva somministrato. I risultati hanno mostrato che la performance motoria è effettivamente migliorata anche nel secondo gruppo, con evidenze di variazioni delle attività neuronali connesse al sintomo.

***Le parole che curano. Ancora una volta torna il motivo conduttore. Nell'ultimo caso da lei descritto la cura della parola si manifesta attraverso una significativa incidenza sul piano clinico. Se ho ben capito, si entra nel territorio delle neuroscienze...***

Sì, effettivamente le neuroscienze e la neurobiologia in particolare, esercitano, anche su di noi, siamo in buona compagnia, un grande fascino. Dopo molti anni che usiamo un approccio comportamentista, in cui la mente è metodologicamente considerata una scatola nera, ci attrae molto avere finalmente la possibilità di guardare cosa succede dentro quella scatola! La possibilità di osservare gli effetti delle argomentazioni e di altri aspetti della relazione, come il non verbale, anche a livel-

lo di processi neurobiologici, di capire cosa accade, da questo punto di vista, "nel cervello del paziente", citando un libro di Fabrizio Benedetti, è una prospettiva che ci stimola e incuriosisce moltissimo.

Al netto dell'entusiasmo, serve cautela. Per usare la metafora del territorio, in questi anni ci siamo documentati molto, siamo pronti a partire per un viaggio in un luogo che ci attira, dove siamo convinti di poter trovare diverse risposte ed elementi importanti per arricchire l'esperienza fatta finora. Ci stiamo quindi attrezzando per affrontare un mondo a noi sconosciuto. Stiamo cercando guide esperte e compagni di viaggio. Questa del resto è una modalità strutturale della nostra Fondazione. Abbiamo un comitato scientifico composto da esperti di settori molto diversi tra loro perché crediamo nella necessità dell'interdisciplinarietà per affrontare e risolvere problemi complessi. Ci interessa moltissimo capire cosa succede quando le parole e i comportamenti relazionali del medico soddisfano i bisogni dei pazienti. Se e in che modo questa soddisfazione si traduce in precisi effetti fisiologici. Ma i fattori in gioco sono molti e ricerche di questo genere sono assai impegnative e toccano anche aspetti di natura etica: insomma, un percorso molto stimolante, ma certo non facile.

***Perché tanta prudenza nell'approccio all'affascinante materia: che c'è di male nella volontà d'avvalersi di studi tanto autorevoli e significativi?***

Prudenza o piuttosto cautela metodologica. Ciclicamente desideri e speranze vengono proiettati sugli approcci scientifici più promettenti del momento, generando talvolta illusioni che non fanno bene né a chi studia né a chi, comprensibilmente e ingenuamente, vi ha riposto le proprie speranze. Mi spiego: l'approccio neuroscientifico apre prospettive sterminate che vanno alla base della nostra natura, dove e come nasce il pensiero e quindi tutto ciò che sappiamo, dove e come sono controllate le nostre funzioni organiche volontarie e involontarie. Ci sono studi che "cercano Dio nel Cervello", provando a spiegare fenomeni quali conversioni, visioni, senso del bene e del male. Insomma tutti temi e implicazioni di un certo rilievo. Il dibattito è aperto, come è naturale che sia, specie per questioni di tale complessità.

Quindi, per tornare alla domanda, non c'è niente di male ad avvalersi di questi approcci, anzi! Ma, per quanto ci riguarda, per ora, vorremmo integrare queste nuove prospettive in un campo molto ben circoscritto e delineato, coerente con il cammino intrapreso sinora.

***Quindi l'obiettivo resta quello di approfondire gli effetti della relazione?***

Personalmente credo che ci siano già un'infinità di ragioni per sostenere l'opportunità e la necessità di adottare buoni comportamenti relazionali nel rapporto con il paziente. Innanzitutto

è una questione di dignità e rispetto per il malato e per la sua sofferenza.

Che le parole possano avere effetti importanti in chi le riceve, credo sia un dato di fatto osservabile nella realtà quotidiana. Se queste parole sono poi utilizzate in un contesto tecnico da parte di un esperto, questo potere è moltiplicato. Le parole che il medico dice in ambito clinico producono effetti positivi o negativi. In questo senso la relazione è già cura, è uno strumento di cura. Con il Progetto Ippocrates abbiamo voluto fornire delle indicazioni e un metodo su come utilizzare efficacemente questo strumento, abbiamo mostrato la validità di questo metodo per aumentare la soddisfazione dei pazienti. Credo che un approccio neurobiologico possa aiutarci a migliorare questo strumento e a farci capire in modo più approfondito e preciso il peso che le parole hanno nel contesto di cura. Per esempio, le ricerche sull'effetto placebo indicano che stimoli sociali come le parole e i rituali terapeutici, ossia i gesti, gli abiti, i ruoli, possono cambiare la chimica e i circuiti del cervello del paziente. Questi aspetti rappresentano una chiave di lettura molto promettente per integrare e sviluppare i risultati conseguiti con il Progetto Ippocrates.

***Gli studi sull'effetto placebo riescono a dimostrare che le parole sono in grado di produrre effetti specifici?***

Di ricerche in questo senso ce ne sono varie, per esempio ri-

guardo al dolore. Uno studio del 2001 mostra come sottili differenze nella comunicazione verbale possono generare effetti molto diversi. Per i primi tre giorni di decorso post operatorio, alcuni pazienti avevano la possibilità di autosomministrarsi un antidolorifico al bisogno. In questo lasso di tempo ai pazienti è stata inoltre somministrata in modo continuativo una soluzione fisiologica. I pazienti sono stati divisi in tre gruppi.

Al primo gruppo non era stata data alcuna informazione rispetto al contenuto di questa somministrazione continua; al secondo veniva detto che sarebbe potuto trattarsi di un potente antidolorifico o di un placebo, per cui i medici non erano sicuri che il dolore sarebbe diminuito; infine, al terzo erano state date informazioni sicure, seppure ingannevoli: infatti era stato detto che avrebbero ricevuto un potente antidolorifico, quindi il dolore sarebbe passato presto.

I pazienti che non avevano avuto spiegazioni sono stati quelli che hanno maggiormente utilizzato l'antidolorifico autosomministrato, seguiti da quelli che avevano incertezza sul contenuto della soluzione fisiologica. Il gruppo di pazienti che invece credeva di ricevere un potente farmaco è quello che vi ha fatto minore ricorso.

Questa esperienza mostra un'altra prospettiva rispetto all'efficacia della parola rilevata con Ippocrates: differenze nella comunicazione possono produrre conseguenze diverse non solo sul livello di soddisfazione di bisogni relazionali, ma anche sulla gestione di specifici sintomi.

***Ma questi effetti riguardano solo il percepito del paziente, quindi la sua soggettività?***

C'è a questo riguardo un recente studio condotto da prestigiose università inglesi e tedesche che fa un passo ulteriore, mostrando in modo diretto gli effetti, anche fisiologici, che le parole del medico hanno sul paziente. Un gruppo di soggetti sani, trattati con un antidolorifico, è stato sottoposto a stimolazioni termiche dolorose in tre situazioni sperimentali: con nessuna aspettativa di effetti analgesici; con aspettative di positivi effetti analgesici; con aspettative di un peggioramento del dolore. Queste aspettative sono state create attraverso procedure di condizionamento verbale. I risultati mostrano che le parole del medico hanno modificato la risposta dei soggetti agli stimoli dolorosi: le aspettative positive sull'assunzione del farmaco hanno raddoppiato i benefici analgesici; le aspettative negative, invece, hanno quasi annullato l'efficacia del farmaco. Il valore aggiunto di questa ricerca è stato di aver individuato e studiato, grazie all'uso di risonanze magnetiche funzionali, il diverso livello di attivazione dei circuiti neurali associati al dolore nei pazienti.

Gli effetti delle aspettative soggettive sono stati confermati non solo a livello di dolore percepito e riferito dai soggetti, ma anche da significativi cambiamenti dell'attività neurale connessa al dolore.

Gli autori insomma dimostrano che fattori psicosociali influiscono sugli *outcome* del farmaco e che, a proposito di dolore, il dato misurato "oggettivamente" e quello percepito "soggettiva-

mente” sono sovrapponibili: c'è quindi un'interazione e corrispondenza tra il livello fisiologico e quello psicologico.

***Nell'indagine svolta, come evidenziano i precedenti capitoli, grande importanza viene assegnata ai comportamenti relazionali adottati dal medico con il paziente, che voi definite Rinforzi: che contributi danno al riguardo gli studi ai quali vi riferite?***

Molti di questi studi ci aiutano a interpretare gli effetti dei Rinforzi anche da una prospettiva biologica. Negli esempi citati i Rinforzi di Razionalità, ovvero le argomentazioni razionali, sono determinanti nella gestione delle aspettative: se queste sono positive possono determinare effetti anche in assenza del farmaco; se invece sono assenti o, aspetto spesso trascurato, negative possono ridurre l'efficacia del farmaco fino ad annullarla. Ogni terapia ha quindi un aspetto determinato dalla specificità del farmaco, e questo è il sentire comune; meno nota è la seconda componente costituita dall'aspettativa e quindi psicologica. Per fare un altro esempio di efficacia dei rinforzi, mi viene in mente uno studio del 2006 che riguarda la gestione dell'emotività, ossia l'uso di quelli che abbiamo definito Rinforzi di Influenzamento. Taluni soggetti, di fronte alla percezione di una minaccia, vedevano ridurre la sensazione di spiacevolezza e l'ansia connessa se il rispettivo coniuge teneva loro la mano. Anche in questo caso, attraverso risonanze magnetiche funzionali, gli

autori hanno riscontrato che un determinato comportamento di vicinanza interpersonale di una persona cara, in questo caso tenere la mano, provoca una diminuzione dell'attività neuronale connessa alle risposte emotive e comportamentali in situazioni potenzialmente pericolose.

Insomma, esempi e spunti ce ne sono tanti, da qui il nostro interesse per quello che abbiamo definito il nostro futuro cammino.

Senz'altro questi studi avvalorano la nostra convinzione che i comportamenti e le parole del medico sono strumenti, come il bisturi e il farmaco, e necessitano quindi di essere appresi e usati con la stessa cautela e con la stessa motivazione.

***Per concludere, se lei dovesse spiegare a uno dei tanti malati incontrati le ragioni del viaggio nel complesso reticolo delle vie mentali, che cosa direbbe? Infine e soprattutto: ne vale la pena?***

Direi che dentro ognuno di noi ci sono molte più risorse a cui attingere di quanto immaginiamo. Il senso di un lavoro come il nostro è provare a dipanare pezzi di questo mistero: conoscere, rendere disponibili e utilizzabili alcune di quelle risorse.

Poi, in concreto, a un malato di una patologia seria è difficile parlare di futuri ipotetici, meglio cominciare dal presente, dal qui e ora, da una relazione: ascoltare e comprendere i suoi bisogni.

Infine, visto che tanto a lungo abbiamo parlato di parole e aspettative, più che chiedersi se ne vale la pena parlerei di motivazione: è senz'altro il caso di tentare.

Nel corso dell'intervista si è fatto riferimento ad alcuni studi dei quali diamo, in ordine di citazione, i dettagli bibliografici.

Lo studio relativo ai pazienti diabetici, sul territorio dell'Ausl di Parma, è stato realizzato da un team di ricercatori italiani e americani e i risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Academic Medicine* [Del Canale S., Louis D.Z., Maio V., Wang X., Rossi G., Hojat M., Gonnella J.S., "The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy", *Acad Med.* 2012 Sep;87(9):1243-9].

La ricerca sui malati di parkinson citata nella stessa risposta è stata, invece, condotta da studiosi dell'Università di Torino, tra i quali vi è il professor Fabrizio Benedetti, uno dei massimi esperti sull'argomento [Benedetti F., Colloca L., Torre E., Lanotte M., Melcarne A., Pesare M., Bergamasco B., Lopiano L., "Placebo-responsive Parkinson patients show decreased activity in single neurons of subthalamic nucleus", *Nat Neurosci.* 2004 Jun;7(6):587-8].

Sempre riguardo al professor Benedetti abbiamo fatto riferimento al libro in cui espone in maniera sistematica l'approccio neuroscientifico alla relazione medico-paziente [Benedetti F. (2012), "Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente", Giovanni Fioriti Editore, Roma].

Proprio parlando dell'ampiezza delle possibili prospettive neuroscientifiche, un riferimento ad effetto è quello a un articolo sul sentimento religioso apparso qualche anno fa sul *New England Journal of Medicine* [Snyder S.H., "Seeking God in the Brain - Efforts to Localize Higher Brain Functions", *N Engl J Med* 2008; 358:6-7].

Per quanto riguarda lo specifico degli studi dedicati all'effetto placebo, abbiamo citato i seguenti articoli:

sull'antidolorifico autosomministrato dai pazienti [Pollo A., Amanzio M., Arslanian A., Casadio C., Maggi G., Benedetti F., "Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance", *Pain.* 2001 Jul;93(1):77-84].

per l'esperimento sulle diverse risposte alle medesime stimolazioni termiche dolorifiche [Bingel U., Wanigasekera V., Wiech K., Ni Mhuirheartaigh R., Lee MC., Ploner M., Tracey I., "The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl", *Sci Transl Med.* 2011 Feb 16;3(70):70].

rispetto alla manifestazione di vicinanza interpersonale del tenersi per mano [Coan J.A., Schaefer H.S., Davidson R.J., "Lending a hand: social regulation of the neural response to threat", *Psychol Sci.* 2006 Dec;17(12):1032-9].

## CARTA D'IDENTITÀ DELLA FONDAZIONE GIANCARLO QUARTA ONLUS

La solidarietà, il profondo rispetto per la dignità umana e la capacità di ascolto, specie in situazioni di sofferenza e difficoltà, sono i valori che hanno contraddistinto l'esperienza umana e professionale di Giancarlo Quarta, imprenditore e consulente per il management di importanti aziende italiane. La Fondazione Giancarlo Quarta (FGQ), nata nel 2004 per ricordarlo, si ispira a quei valori e opera prevalentemente nell'ambito della ricerca psicosociale.

La Fondazione pone al centro della propria attenzione i malati gravi, proponendosi di alleviarne la sofferenza emotiva, "curandone" il corpo biografico, privilegiando i temi della relazione del malato in ambito clinico, ad esempio nella relazione medico - paziente, e sociale, come nella relazione malato - azienda. Rivolge inoltre il proprio impegno ai giovani, per contribuire allo sviluppo personale e professionale di persone di talento e motivate.

FGQ, fondata da Lucia Giudetti Quarta, ha sede a Milano, è dotata di un Comitato Scientifico che riunisce oltre 40 professionisti raggruppati per aree di competenza.

La concreta attività della Fondazione è volta a realizzare ricerche scientifiche di particolare interesse sociale, a progettare e attuare iniziative relative alle aree problematiche considerate.

Tale attività si articola in:

**Interventi:** progetti di ricerca psicosociale sui temi giovanili, sui temi dei rapporti di lavoro e di cura dei malati gravi, sulle conseguenze neurobiologiche della relazione e della relazione di cura.

**Divulgazione:** convegni e incontri a fronte delle ricerche effettuate, concorsi su temi di interesse della Fondazione che si concretizzano con la pubblicazione di volumi o produzione di opere audiovisive.

**Erogazione:** finanziamento di borse di studio, donazioni a enti o progetti coerenti con le aree di intervento della Fondazione, sponsorizzazione di eventi artistici e culturali.

- 2004** Nasce la Fondazione Giancarlo Quarta, con riconoscimento giuridico nazionale.
- 2004** Interventi erogativi, borse di studio per master, bandi di concorso:  
**2005** “Premio Giancarlo Quarta per l’Arte”,  
“Premio per l’ideazione del marchio della Fondazione Giancarlo Quarta”.
- 2006** Ricerca scientifica psicosociale “*La relazione medico*  
**2007** *paziente in contesti critici*”.  
Pubblicazione volume “*Quello che i medici non sanno. La vita parallela alla malattia. Dieci storie di pazienti*”, nato dalle esperienze della ricerca.
- Inaugurazione *Progetto Ucare* “prendersi cura di se stessi”: il sito [www.ucare.it](http://www.ucare.it) ospita racconti inviati dai pazienti e dai familiari; corsi di scrittura autobiografica; elaborazione del lutto.
- Bando di concorso “*La relazione medico - paziente e il consenso informato: aspetti clinici, giuridici e psicosociali*”.
- 2008** Ricerca scientifica quali-quantitativa “*Giovani, Futuro e Speranza - le percezioni esistenziali dei giovani milanesi*”.
- A dicembre FGQ diventa *Onlus* per la ricerca scientifica di particolare interesse sociale.

- 2009** Nell’ambito del progetto Ucare, sono stati realizzati concorsi sui temi della cura, in particolare  
**2010** sulla relazione medico - paziente, utilizzando il linguaggio universale dell’arte:  
il “*Premio Ucare per il Cinema 2009*”, rivolto ai lavori originali di giovani autori, ha premiato e realizzato il cortometraggio “*Insula*”,  
il “*Premio Ucare per l’Arte 2009*”, sempre rivolto a giovani, è stato assegnato al lavoro inedito “*Malattie del Fuoco e Visioni Lisergiche*”.  
È stato inoltre pubblicato il libro “*Curare è un’arte*”.
- 2010** *Progetto di Ricerca S.T.A.R.G.A.T.E.* dedicato al tema del rientro al lavoro dopo la malattia grave e cronica.  
**2011** È seguito sullo stesso tema il Convegno “*People Care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali*”.
- 2012** “*Premio Ucare per la Narrazione 2012*”, rivolto ai racconti inediti scritti da medici sul tema della “Cura”.
- 2012** *Progetto di Ricerca Intervento I.P.P.O.C.R.A.T.E.S.*, svolto presso l’Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.  
**2013** Alla Ricerca fa seguito il Convegno “*Anche le parole curano. Relazione di cura e complessità*”.
- 2014** *Progetto di Ricerca sulle Conseguenze neurobiologiche della relazione di cura*, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze dell’Università degli studi di Torino.

## Bibliografia

## Articoli

- Benedetti F, Colloca L, Torre E, Lanotte M, Melcarne A, Pesare M, Bergamasco B, Lopiano L., "Placebo-responsive Parkinson patients show decreased activity in single neurons of subthalamic nucleus", *Nat Neurosci*. 2004 Jun;7(6):587-8
- Bingel U., Wanigasekera V., Wiech K., Ni Mhuircheartaigh R., Lee MC., Plover M., Tracey I., "The effect of treatment expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioid remifentanyl", *Sci Transl Med*. 2011 Feb 16;3(70):70
- Coan J.A., Schaefer H.S., Davidson R.J., "Lending a hand: social regulation of the neural response to threat", *Psychol Sci*. 2006 Dec;17(12):1032-9
- Del Canale S., Louis D.Z., Maio V., Wang X., Rossi G., Hojat M., Gonnella J.S., "The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy", *Acad Med*. 2012 Sep;87(9):1243-9.
- Gaggi M., "New York, il voto dei pazienti cambia lo stipendio ai medici", *Corriere della Sera*, 13/01/2013, pag. 27
- Manary M.P., Boulding W., Staelin R., Glickman S.W., "The patient experience and health outcomes", *N Engl J Med*. 2013; 368:201-203
- Meryn S., "Improving doctor-patient communication", *BMJ*. Jun 27, 1998; 316(7149): 1922-1930
- Moore P.J., Adler N.E., Robertson P.A., "Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions", *West J Med*. 2000 Oct;173(4):244-50.
- Pollo A., Amanzio M., Arslanian A., Casadio C., Maggi G., Benedetti F., "Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance", *Pain*. 2001 Jul;93(1):77-84.
- Snyder S.H., "Seeking God in the Brain - Efforts to Localize Higher Brain Functions", *N Engl J Med*. 2008; 358:6-7

- Stewart M.A., et al. "The impact of patient-centered care on outcomes", *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804
- Stewart M.A., McWhinney I., Buck C., "The doctor/patient relationship and its effect upon outcome", *J R Coll Gen Pract*. Feb 1979; 29(199): 77-82
- Stewart M.A., "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review", *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423-33

## Libri

- Benedetti F. (2012), "Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente", Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Capra F. (1997), "La rete della vita", Rizzoli Editore, Milano
- Gleick J., (1989), "Caos", Rizzoli Editore, Milano
- Lewin K., (2005), "La teoria, la ricerca, l'intervento", Il Mulino Editore, Bologna
- Maslow A., (1973), "Motivazione e personalità", Armando Editore, Roma
- Roter D.L., Hall J.A. (1992), "Doctors Talking With Patients, Patients Talking With Doctors", Auburn House, Westport, Conn
- Skinner B.F. (1971), "Scienza e comportamento", Franco Angeli Editore, Milano
- Skinner B.F. (1975), "Walden Due. Utopia per una nuova società", La Nuova Italia Editore, Firenze
- Skinner B.F. (1976), "Il comportamento verbale", Armando Editore, Roma
- Waldrop M.M., (1996), "Complessità", Instar Libri Editore, Torino
- Wolpe J., (1984), "Tecniche di terapia del comportamento", Franco Angeli Editore, Milano

## Web

- Fondazione Giancarlo Quarta (2006), Ricerca "La relazione medico paziente in contesti critici", [www.fondazionegiancarloquarta.it](http://www.fondazionegiancarloquarta.it)
- Fondazione Giancarlo Quarta Onlus (2011), "Progetto di Ricerca Stargate", [www.fondazionegiancarloquarta.it](http://www.fondazionegiancarloquarta.it)



**Lucia Giudetti Quarta** è nata a Milano nel 1943. È laureata in Economia, specializzata in Psicopedagogia, Psicologa. Ha sviluppato il percorso professionale nelle Aree Personale e Organizzazione di grandi aziende. Come consulente, in società nelle quali è stata partner, ha svolto per oltre 20 anni attività di Consulenza e Formazione per lo Sviluppo del Capitale Umano, con particolare riferimento al Comportamento Relazionale di Manager e Professional impegnati nella Gestione della Complessità e dei Processi di Cambiamento. Da 10 anni presiede la Fondazione Giancarlo Quarta Onlus che ha dedicato al marito scomparso per un tumore nel 2003.



**Alan Pampallona** è nato a Milano nel 1971. È laureato in Filosofia e ha iniziato l'attività professionale partecipando a Progetti Sociali per Associazioni del Terzo Settore. È stato consulente per Progetti di Marketing e studi di Posizionamento continuando a collaborare nel Terzo Settore. Sensibile alla tematica dei malati gravi per avere perso la madre in seguito a un tumore, è attento osservatore dei cambiamenti sociali e studioso dell'arte del discorso e della parola. Ha partecipato alle attività della Fondazione Giancarlo Quarta fin dall'atto della sua costituzione. È Managing Director della Fondazione Giancarlo Quarta Onlus.

IPPOCRATES è un innovativo Progetto di Ricerca, dedicato al potenziamento delle abilità relazionali dei medici.

Il progetto pilota, primo in assoluto in Italia e all'estero sul tema, si è svolto presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Un percorso durato oltre due anni che si è concluso con risultati significativi. Il progetto si proponeva di verificare i miglioramenti della relazione tra medico e paziente agendo su due aspetti innovativi: sui comportamenti relazionali positivi dei medici, vissuti con soddisfazione dai pazienti, e sul rispetto dei tempi operativi dei medici.

L'intervento ha considerato solo le modalità di relazione positive, ha escluso ciò che provoca disagio e malessere emotivo e non ha svolto attività formative d'aula. Ha superato la prova avviando il meccanismo di amplificazione delle manifestazioni rivolte a soddisfare i bisogni relazionali dei pazienti.

Questo testo vuole raccontare il percorso dell'iniziativa e come i medici, ricevendo e offrendo soddisfazione, hanno arricchito la qualità del rapporto di cura.