

LA "MEDICINA NARRATIVA", NATA NEGLI USA: INSEGNA AI DOTTORI COME COLLOQUIARE AL MEGLIO CON I MALATI. ORA UN PROGETTO A FIRENZE

I medici NON ascoltano

I pazienti interrotti dopo 18 secondi

di Lucia Zambelli

B asterrebbero sei secondi in più. Dice uno studio europeo che i medici interrompono il paziente 18 secondi dopo che ha cominciato a parlare. Eppure un'altra ricerca ha dimostrato che al paziente basterebbe arrivare a 24 secondi per completare quello che ha da dire. I medici non sanno ascoltare. Chi ha visto il film, sicuramente ricorda quello che Nanni Moretti dice a conclusione dell'episodio di "Caro diario" dedicato alla malattia: «Una cosa però l'ho imparata da tutta questa vicenda, no anzi due. La prima è che i medici sanno parlare, però non sanno ascoltare... La seconda è che la mattina prima della colazione fa bere un bicchier d'acqua». A sostenere che i medici non sanno ascoltare non sono solo i pazienti. «I professionisti non sanno seguire il filo di una storia raccontata», dice Rita Charon, medico della Columbia University, tra i pionieri della medicina narrativa. «Non sanno adottare la prospettiva altrui, diventano narratori poco credibili delle storie di altri, sordi alle voci e alle immagini».

Curare è prendersi cura

E invece il racconto del paziente, il modo in cui vive la sua malattia e la riferisce al medico, è altrettanto importante dell'evidenza scientifica per consentire una diagnosi accurata. Si chiama medicina narrativa, ed è una disciplina relativamente giovane (vedi box). È quella che presta ascolto al paziente, è attenta alla narrazione della malattia, all'esperienza soggettiva. Alla medicina narrativa è stato dedicato un convegno che si è tenuto a Firenze, dove dal 2006 la Asl

to ha avviato il progetto Name (vedi altro box). Alfredo Zuppiroli, cardiologo, che ha partecipato al progetto, cita Garcia Marquez («La vita non è quella che si è vissuta, ma quella che si ricorda e come la si ricorda per raccontarla»), sottolinea la necessità di passare dal "to care" al "to cure", dal curare al prendersi cura, e riconosce che oggi il medico «sente l'esigenza di recuperare la voce del paziente, la sua narrazione della malattia, ritenendola degna di ascolto quanto i sintomi ed i segni clinici».

«Si rileva chiaramente l'importanza di dare ascolto anche alla parte emotiva del paziente», osserva Zuppiroli, valutando i primi risultati del progetto. «La narrazione aiuta colui che ha una malattia a fare ordine, a dare un senso alle esperienze, a collocarle a livello spazio-temporale, divenendo terapeutica e, allo stesso tempo, aiuta il curante a conoscere la persona che ha davanti per costruire percorsi di cura condivisi».

«In realtà la narrazione del paziente», sottolinea Aldo Pagni, presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, che ha aperto il convegno fiorentino, «nella migliore delle ipotesi è oggetto di un benevolo ascolto, ma irrilevante come elemento costitutivo della pratica clinica. Siamo stati abituati ad un dialogo unidirezionale con il paziente, e a ricondurre il contenuto delle domande "chiuse", e delle relative risposte, esclusivamente alla dimensione biologica del problema presentato».

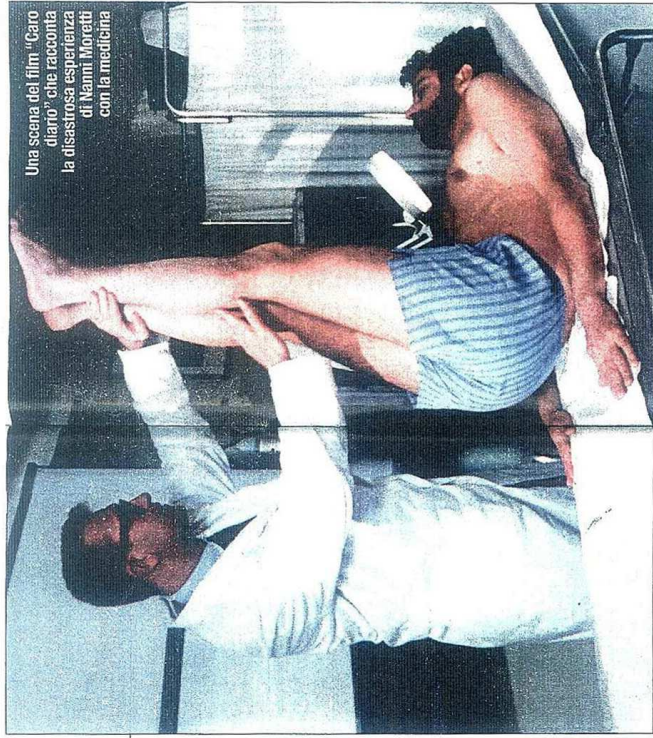
Attenzione agli aspetti emotivi

Nella relazione tipo medico-paziente, il medico fa le domande e il paziente risponde. «In una relazione non più paternalistica dobbiamo imparare ad attribuire impor-

tanza ai sentimenti del malato», è sempre Pagni che parla «alle sue idee ed interpretazioni relative al mestiere che l'affligge, alle aspettative e ai desideri che lo animano ed al contesto familiare, sociale e lavorativo nel quale vive, non per una condiscendenza disponibilità all'ascolto, ma perché anch'essi oggi più di ieri sono costitutivi del "significato" di una malattia, e insieme garanzia dell'aderenza del paziente alla terapia consigliata. Anche i medici italiani hanno cominciato a riconoscere la natura narrativa del proprio lavoro, e a collaborare a ricerche e resoconti sulle proprie difficoltà».

Non esistono solo test ed analisi

«Quante volte un paziente cerca di riferire al medico cosa è accaduto durante la malattia», scrive Rita Charon, «e il medico lo interrompe chiedendogli "che tipo di dolore ha provato? era acuto o lieve?", impedendo al paziente di raccontare la sua storia, perdendo così ogni accuratezza diagnostica, perdendo il contesto? Sono molti i pazienti che lamentano l'incapacità da parte dei medici di capire cosa hanno passato. Cerchiamo di colmare queste lacune. Noi medici non siamo cattivi, o freddi. È solo che non abbiamo mai ricevuto l'addestramento necessario». Il progetto Name, o l'esperienza di medicina narrativa che si sta conducendo a Reggio Emilia, sono i primi passi in Italia su questa strada.



Una scena del film "Caro diario", che racconta la disastrosa esperienza di Nanni Moretti con la medicina

Nel racconto c'è la diagnosi

LA MEDICINA narrativa (NBM, Narrative based medicine) nasce in Usa, in particolare ad opera della Harvard Medical School. Punti di riferimento fondamentali sono i due psichiatri e antropologi Arthur Kleinman e Byron Good. Il termine inizia ad essere usato in ambito medico alla fine degli anni '90.

La Medicina narrativa ha una specifica applicazione in sanità, in particolare per la valutazione e il miglioramento della qualità delle cure e dell'appropriatezza dei servizi.

L'innovazione dell'approccio consiste, nell'ottica dell'alleanza terapeutica, nel considerare la malattia sia come "disease" (entità patologica intesa in senso biomedico) sia come "illness" (esperienza soggettiva che la persona fa dello star male). Si fonda sulla raccolta di materiali differenti (interviste, diari, biografie, racconti), che aiutano a contestualizzare e interpretare il vissuto della malattia. Si integra con l'Evidenza Base Medicine, EBM, la Medicina basata sull'evidenza scientifica.



A sinistra, Byron Good, e sotto, Arthur Kleinman psichiatri ed antropologi di Harvard



Francesco Avallone, docente di Psicologia del lavoro all'Università La Sapienza di Roma, «di conoscere e tenere sotto controllo le variabili che generano benessere e malessere nelle organizzazioni. Siamo anche in grado di rilevare le aree che richiedono un intervento di prevenzione degli infortuni, del disagio e dello stress e di promuovere della salute individuale e collettiva».



La proposta

E con lo psicologo si valuta lo stress

PSICOLOGI competenti per valutare il rischio di stress sul lavoro. E quanto chiede l'Ordine degli Psicologi del Lazio anche in base al nuovo Testo Unico per la sicurezza sul lavoro, dove, per la prima volta in Italia, si è reso esplicito l'obbligo di valutare lo stress. «Il decreto», ha dichiarato Mariarosa Zaccaria, presidente dell'Ordine degli Psicologi del Lazio durante un convegno a Roma, «anche se molto innovativo, non prevede tuttavia in maniera esplicita l'utilizzo dello psicologo quale esperto competente per una corretta valutazione del rischio psicosociale». «Lo psicologo competente», secondo Mariarosa Zaccaria, «può svolgere funzioni di indagine, ascolto, prevenzione, informazione e formazione. Parliamo di uno psicologo nominato, accanto al medico competente, per la prevenzione e sorveglianza sanitaria».

«Da un'indagine condotta nel 2005», sottolinea ancora la psicologa, «risulta che, dopo il mal di schiena ed i dolori muscolari, lo stress è il primo sintomo connesso al lavoro, accusato dal 23% dei lavoratori europei. Seguono poi, tra i sintomi di carattere psicologico, l'irritabilità (11%), l'insonnia (9%) e l'ansia (8%)».

«Oggi siamo in grado», ha affermato Francesco Avallone, docente di Psicologia del lavoro all'Università La Sapienza di Roma, «di conoscere e tenere sotto controllo le variabili che generano benessere e malessere nelle organizzazioni. Siamo anche in grado di rilevare le aree che richiedono un intervento di prevenzione degli infortuni, del disagio e dello stress e di promuovere della salute individuale e collettiva».