

## Presentazione dell'edizione italiana

Qualunque monaco girovago può fermarsi in un tempio Zen, a patto che sostenga coi monaci del posto una discussione sul Buddhismo e ne esca vittorioso. Se invece perde, deve andarsene via.

In un tempio nelle regioni settentrionali del Giappone vivevano due confratelli monaci. Il più anziano era istruito, ma il più giovane era sciocco e aveva un occhio solo.

Arrivò un monaco girovago e chiese alloggio, invitandoli secondo la norma a un dibattito sulla sublime dottrina. Il fratello più anziano, che quel giorno era affaticato dal molto studio, disse al più giovane di sostituirlo. «Vai tu e chiedigli il dialogo muto» lo ammonì.

Così il monaco giovane e il forestiero andarono a sedersi nel tempio.

Poco dopo il viaggiatore venne a cercare il fratello più anziano e gli disse: «Il tuo giovane fratello è un tipo straordinario. Mi ha battuto».

«Riferiscimi il vostro dialogo» disse il più anziano.

«Be',» spiegò il viaggiatore «per prima cosa io ho alzato un dito, che rappresentava Buddha, l'Illuminato. E lui ha alzato due dita, per dire Buddha e il suo insegnamento. Io ho alzato tre dita per rappresentare Buddha, il suo insegnamento e i suoi seguaci, che vi-

vono la vita armoniosa. Allora lui mi ha scosso il pugno chiuso davanti alla faccia, per mostrarmi che tutti e tre derivano da una sola realizzazione. Sicché ha vinto e io non ho nessun diritto di fermarmi.» E detto questo, il girovago se ne andò.

«Dov'è quel tale?» domandò il più giovane, correndo dal fratello più anziano.

«Ho saputo che hai vinto il dibattito.»

«Io non ho vinto un bel niente. Voglio picchiare quell'individuo.»

«Raccontami la vostra discussione» lo pregò il più anziano.

«Accidenti, non appena mi ha visto lui ha alzato un dito, insultandomi con l'allusione che ho un occhio solo. Dal momento che era un forestiero, ho pensato che dovevo essere cortese con lui e ho alzato due dita, congratulandomi che avesse due occhi. Poi quel miserabile villano ha alzato tre dita per dire che tra tutti e due avevamo soltanto tre occhi. Allora ho perso la tramontana e sono balzato in piedi per dargli un pugno, ma lui è scappato via e così è finita.»<sup>1</sup>

La conversazione con il paziente è il più vecchio strumento di diagnosi e di terapia a disposizione del medico. E si sa che la maggior parte degli elementi per fare una diagnosi deriva da quanto ci racconta il paziente, a patto di lasciarlo parlare e saperlo ascoltare.

Per il lavoro del medico l'abilità a comunicare è dunque una necessità, non un accessorio o un segno di buona educazione, nonostante nella narrazione immaginaria della medicina di oggi prevalgano tecnologia sofisticata, diagnosi con lo smartphone, software, macchine e statistiche.

Parlare e ascoltare sono due attività comuni il più delle volte spontanee, ma non è automatico che tutti sappiano trasformarle in dialogo clinicamente efficace nel setting professionale.

È necessario allora essere consapevoli che lo scambio comunicativo non avviene in un modo asettico e impersonale in cui hanno spazio solo segni e sintomi ben codificati e intellegibili, ma è in-

---

<sup>1</sup> Da: *101 storie zen*, a cura di Nyogen Senzaki e Paul Reps. Torino: Adelphi, 1973.

fluenzato da emozioni, convinzioni, esperienze passate, contesto di vita, pregiudizi, sia del medico che del paziente, tutti fattori da riconoscere e tenere in conto. E poi ci sono elementi pratici dell'organizzazione del lavoro che condizionano la relazione, come il tempo che è possibile dedicare alla visita, le formalità burocratiche, gli ostacoli della sanità elettronica.

Questi fattori, quando non sono considerati, si trasformano in interferenze e, come nella vicenda dei due monaci, la storia che il paziente racconta finisce per non essere la stessa che il medico percepisce, con tutte le conseguenze che questa distorsione si porta dietro.

Danielle Ofri affronta questi temi e altri ancora presentando pazienti e medici alle prese con le loro convinzioni, paure, certezze, debolezze, con lo scopo di dimostrare l'importanza basilare di una buona comunicazione nel processo di cura e ci suggerisce atteggiamenti e accorgimenti che ciascuno di noi potrebbe mettere in pratica tutti i giorni nei suoi incontri con i pazienti.

Dunque comunicare in maniera efficace è importante, non c'è alcun dubbio, e medici e infermieri se ne rendono conto in ogni momento. Chi sembra ignorarlo nei fatti sono le istituzioni sanitarie.

L'università, nonostante alcuni tentativi di integrazione dei corsi tradizionali, non dà il peso che merita alla comunicazione, che dovrebbe essere insegnata con lo stesso impegno con cui si insegnano l'esecuzione di un esame obiettivo o l'interpretazione di un'analisi di laboratorio o la lettura di una radiografia. Le nostre scuole di medicina sono ancora fortemente influenzate dal riduzionismo per cui le persone sono paragonate a macchine smontabili e ricomponibili, il paziente è presentato come un aggregato di elementi la cui interazione, in un delicato equilibrio meccanicistico, ne costituisce la vita. L'approccio riduzionistico è stato ed è molto utile per la ricerca di quei meccanismi che governano il funzionamento del corpo, ma diventa un grave limite se ci fa identificare una persona soltanto con il suo fegato e con le sue transaminasi oppure con la protrusione del suo disco tra la quarta e la quinta vertebra lombare.

Ovviamente un essere umano è molto altro e molto di più della somma dei suoi organi, delle sue cellule e dei suoi mitocondri: ce lo ha dimostrato, ormai da qualche anno anche in termini sperimen-

tali, la psiconeuroendocrinoimmunologia e informarne gli studenti non sarebbe male.

Ci sono alcuni aspetti basilari per la professione che ogni medico dovrebbe poter imparare nel suo apprendistato e ricordare di fare quando incontra il paziente:

- ascoltarlo senza interromperlo dopo i soliti dodici secondi riportati in letteratura;
- partire dal suo punto di vista può essere vantaggioso quando si deve prendere una decisione: noi medici siamo esperti di malattie (quando lo siamo!), il paziente è esperto di sé, dei suoi malesseri;
- considerarne i sentimenti, le informazioni che già possiede e l'ambiente di vita;
- dedicare più tempo a chi è più fragile, a chi è perplesso, a chi è suggestionabile da pubblicità, falsi miti, suggerimenti di inesperti;
- assumere un atteggiamento di complicità e far sentire la sua alleanza in particolare di fronte a situazioni difficili;
- essere attento alla comunicazione non verbale: ha ragione Danielle Ofri quando scrive che il tempo dell'esame fisico è spesso il momento più intenso della comunicazione tra medico e paziente.

Molto opportunamente il codice di deontologia medica all'articolo 20, trattando la relazione tra medico e paziente, sintetizza tutto ciò, definendo il tempo della comunicazione come tempo di cura: il tempo da dedicare al paziente deve dunque essere una variabile indipendente e non soggetta solo a obiettivi di efficienza a tutti i costi.

È sorprendente come le politiche sanitarie di alcune nostre Regioni non tengano in alcun conto queste indicazioni, tanto da voler definire per ogni prestazione clinica e specialistica un tempo rigidamente prestabilito, con appositi "tempari", come se il numero di prestazioni nell'unità di tempo, indicatore proprio dell'industria manifatturiera, fosse applicabile senza tante storie in campo medico.

La nostra sanità pubblica corre il rischio di una deriva verso modelli che privilegiano la produttività a tutti i costi. Anche met-

tendo a rischio la sicurezza dei pazienti e dei medici. Per alcune prestazioni cliniche, in particolare quando si deve comunicare e discutere una diagnosi, il tempo necessario non è prevedibile. “E poi pensiamo al tempo che serve a una persona anziana per mettersi comoda, spogliarsi e rivestirsi. E per fare il suo racconto. Saremo costretti a mandare via il paziente con la camicia fuori dai pantaloni? Ma vi sembra dignitoso tutto questo? I medici non vogliono rappresentare questo modello” ha recentemente commentato la presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Roberta Chersevani.

Allora, propongo ai lettori di regalare una copia di questo libro ai direttori delle Scuole di Medicina perché siano stimolati ad adottarlo come manuale e un'altra copia ai direttori degli Assessorati alla Sanità perché si tuffino, per una volta, nella realtà dei pazienti e dei medici.

Guido Giustetto  
Medico di famiglia  
Presidente dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Torino