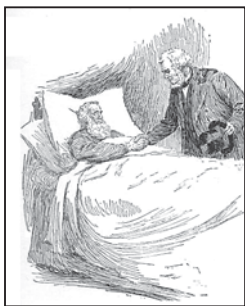


LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE: DAL TO CURE AL TU CARE

GERARDO CAPALDO*

La consapevolezza di una dimensione profonda del rapporto tra il curante e il paziente può essere fatta risalire a Freud che, un secolo fa, evidenziò nella relazione una proiezione inconscia del paziente sul terapeuta di stati d'animo, emozioni e desideri (transfert) e le problematiche che a sua volta il terapeuta può trasferire sul paziente (controtransfert).

Si deve a Balint⁽¹⁾ il merito di riconoscere che questi due aspetti costituiscono fattori di primaria importanza nella relazione fra ogni operatore sanitario e il suo paziente.



L'evoluzione storica della figura del curante, almeno nella sua concezione tradizionale medica, vede la trasformazione dal terapeuta

attivo fino a circa il XVIII-XIX secolo caratterizzato da una relativa impotenza sul piano diagnostico terapeutico ma con un forte legame con il paziente a cui lo accomuna uno stesso mondo culturale

e in cui in pratica l'attività di cura "coincideva spesso con l'anamnesi: la narrazione del disturbo agiva come una forza catartica come il migliore dei placebo"⁽²⁾, al medico post moderno capace di accurate diagnosi ed efficaci terapie ma con possibilità di contatto umano sempre più ridotta nel quadro di una medicina che è sempre più capace di guarire ma dove, sorprendentemente, medici e pazienti vivono reciprocamente un rapporto di sospetto e delusione⁽²⁾.

Fino ad un passato non molto lontano il dottore si limitava a tenere la mano al bambino che moriva di difterite: non poteva far niente per salvargli la vita, ma il medico era importante, il livello di gradimento era elevato.

Oggi al bambino gravemente ammalato vengono somministrati antibiotici potenti ed efficacissimi, tanto che spesso dopo qualche giorno è di nuovo a giocare con gli altri bambini. Eppure si è scontenti del dottore. Il contrasto tra le due situazioni estreme che sono paradigmatiche nonostante la loro schematicità, fotografa il degrado del rapporto tra il medico e il paziente.

Alla base della discrepanza fra i suc-

* *Dottore in Fisioterapia*
U.O. Terapia Fisica e Riabilitazione
Territoriale ASL 3 Genovese
2° anno corso di Laurea Specialistica
in Scienze delle Professioni Sanitarie
della Riabilitazione
Direttore del sito FisiOnline
www.fisionline.org

Abstract

Parole chiave

Comunicazione, rapporto terapeuta/paziente, compliance, aderenza, assistenza, placebo.

La gestione di una relazione terapeutica richiede sempre di più al personale sanitario la consapevolezza delle dinamiche psicologiche ad essa sottese. La soddisfazione del paziente si dimostra come un fattore terapeutico che è in grado di influenzare notevolmente sia la compliance che gli obiettivi stessi del trattamento. Una relazione di tipo collaborativo che coinvolge il paziente in modo attivo rafforza la motivazione e l'adesione al trattamento, ma richiede tempo adeguato e competenze che spaziano dalle capacità di ascolto attivo, di osservazione, di empatia a quelle di comunicazione. In questo il fisioterapista si ritrova in una posizione di favore perché, a differenza di altre specialità mediche che hanno privilegiato gli aspetti tecnico strumentali della clinica, conserva nel suo operare una grande attenzione all'aspetto relazionale in quanto il processo riabilitativo non è per sua natura attuabile senza la collaborazione attiva del paziente.

THE RELATIONSHIP WITH THE PATIENT: FROM TO CURE TO TO CARE

Abstract

Key Words

Communication, Therapist/patient relationship, compliance, adhesion, attendance, placebo.

cessi della medicina e il grado di insoddisfazione espresso dai pazienti sono stati ipotizzati diversi fattori, tra cui il tecnicismo clinico che depersonalizza e rende meno evidente il ruolo del medico, la parcellizzazione del sapere e la diminuzione del carisma della figura medica.

Con lungimiranza già nel 1950 il Prof. Luigi Condorelli, nella prefazione di quello che con le sue attuali diciotto edizioni sarebbe diventato uno dei testi di riferimento nel campo della semeiotica e metodologia clinica, citava il pericolo di un pragmatismo esasperato che induce a *sostituire la tecnica strumentale alla metodologia e all'osservazione del malato, portando ad annichilire la personalità del medico il cui ruolo si converte in una pedestre quanto scialba ricostruzione di frammenti di mosaico, rappresentati dai risultati delle ricerche, spesso strumentali, eseguite sui diversi organi ed apparati, quasi sempre da più osservatori, cioè dai così detti "specialisti" degli infiniti frammenti del corpo umano* ⁽³⁾.

Il progressivo distacco della medicina tecnologica dai bisogni di salute come vengono percepiti dai malati si sta traducendo in una crescente sfiducia, che arriva al risentimento e sfiora talvolta l'ostilità, e che si manifesta con quello che è stato definito il "fallimento del successo" ⁽⁴⁾.

"Che cosa chiede innanzitutto un malato al suo medico?" osserva lo psichiatra francese Patrick Lemoine in *Le mystère du placebo* ⁽⁵⁾. Contrariamente a quanto si può pensare, non scienza e notorietà, ma gentilezza e disponibilità. Il tempo dedicato alla visita è forse una delle più importanti richieste del pubblico.

Scriva Edward Shorter in *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*:

"Non me la prendo coi medici se non tentano di praticare la psicoterapia a livello formale. Li accuso di ignorare il potere terapeutico della visita medica in sé. La forza guaritrice della consultazione sta nella purificazione che il paziente ricava dal raccontare le proprie vicende a qualcuno di cui si fida come guaritore" ⁽²⁾.

Ormai sappiamo che pazienti con tumore in fase avanzata che ricevono un sostegno psicologico o effettuano una psicoterapia, quindi ricevono un incremento di "relazione terapeutica", sopravvivono per un periodo doppio rispetto ai pazienti che non ricevono alcun sostegno ⁽⁶⁾.

L'abdicare da una funzione non ne cancella la necessità, la rende solo disponibile a sistemi vicarianti: in quest'ottica la rinuncia all'ascolto della medicina tradizionale può essere vista come una delle cause del proliferare della cosiddetta medicina alternativa.

I benefici che si ricavano dalle medicine alternative si chiamano anche, se non soprattutto, attenzione, tempo dedicato e un invito a tornare spesso.

In fondo lo stesso effetto placebo, ampiamente usato e studiato dalla scienza medica, di fatto rappresenta la contraddizione di una visione eccessivamente meccanicistica che non considera "gli effetti curativi della fiducia, delle attese e di un buon rapporto medico-paziente" ⁽⁷⁾.

Il placebo (e il suo contraltare nocebo) è interessante proprio nella sua apparente antinomia tra l'essere una sostanza inerte che produce un effetto, una antitesi influenzata soprattutto da fattori come la personalità, il carisma, i titoli, la notorietà, l'attenzione dimostrata dal medico ma anche la durata e il prezzo della visi-

The medical staff needs more and more a deep awareness of the psychologic dynamics implicated in a therapeutic relationship. The compliance and the treatment aims are considerably affected by the patient's satisfaction.

A collaborative kind of relation requires proportionate time and active listening, observation, empathy and communication skills.

The physiotherapist has benefited from this because, unlike other medical branches which favour technical and instrumental aspects of clinic, he preserves in his work a great attention to the relational aspect since the rehabilitative process isn't possible without an active participation of the patient.

ta o la lunghezza della lista d'attesa. Tra tutti, però, la qualità della relazione medico-paziente è il fattore che maggiormente influenza l'effetto placebo⁽⁸⁾.

Se per la tradizionale figura medica il valore dell'ascolto e della partecipazione, già espresso da Ippocrate oltre 2000 anni fa, ha il sapore della rivoluzione culturale, per altre figure sanitarie che possiamo considerare storicamente più giovani la condivisione con il paziente del suo percorso terapeutico è un fatto che rientra nella sfera della normalità perché proprio la condivisione risulta essere uno strumento curativo.

Il riferimento è alle professioni sanitarie della riabilitazione in quanto il *riabilitare*, cioè "riportare le funzioni menomate a una normale attività"⁽⁹⁾, richiede necessariamente una partecipazione attiva di entrambi gli attori.

Nel confronto tra la concezione di medicina centrata sul medico e quella centrata sul paziente possiamo riconoscere due modelli teorici orientati l'uno sul curare, l'altro sul prendersi cura. Il fisioterapista si pone in continua dialettica fra queste dimensioni: esiste, infatti, il momento della valutazione e della scelta dell'atto terapeutico che richiede un'oggettivazione della malattia, ma è presente anche lo spazio privilegiato dell'ascolto che consente al terapeuta la conoscenza della persona e delle sue modalità adattive e disadattive in rapporto alla realtà, agli altri e all'ambiente.

In questo universo definito dall'interazione degli aspetti biologici, psicologici e sociali, la persona conquista una dimensione di centralità primaria ed un ruolo attivo.

La salute viene "costruita" socialmente all'interno dei "comportamenti e delle relazioni umane" e all'interno di

una visione sistemica in cui la salute è correlata con una moltitudine di determinanti che emergono dalle dimensioni biologica, psicologica dell'individuo.

Ciò non toglie che la caratteristica del rapporto sia l'asimmetria: nella transazione tra terapeuta e paziente l'uno è portatore di bisogni e richieste, cioè il paziente, mentre l'altro, il curante, deve accoglierli e dare risposte.

Questa non deve necessariamente essere considerata una peculiarità negativa perché, al contrario, quando il rapporto perde questa caratteristica si riduce la valenza terapeutica che lo deve individuare: questo accade, ad esempio, quando il soggetto delle cure è un familiare o quando è il paziente stesso a chiedere pressantemente, e ad ottenere, esami o visite specialistiche non motivate da una esigenza clinica reale.

Hollender⁽¹⁰⁾, comunque, distingue tre livelli di rapporto medico-paziente:

- 1) il primo livello comporta attività del medico e passività del malato, si ha nei casi di urgenza, interventi chirurgici, coma, infarto etc. in cui il paziente è in uno stato di impotenza più o meno completa. Prototipo di tale rapporto è quello che intercorre fra la madre e il neonato;
- 2) il secondo livello comporta una certa direttività del medico e una certa cooperazione da parte del malato. È tipico delle malattie acute e di tutte quelle situazioni in cui il malato è in grado di partecipare all'atto terapeutico, di esprimere opinioni personali e di seguire le indicazioni. Prototipo di tale rapporto è quello che intercorre tra genitori e bambino;
- 3) il terzo livello è quello della mutua e reciproca partecipazione. Si ha nelle malattie croniche, nella riabilitazione,

nella psicoterapia. Il terapeuta aiuta il paziente a curarsi e gli richiede un atteggiamento solido e maturo. Il prototipo è il rapporto tra due persone adulte, una delle quali possiede le nozioni di cui l'altra ha bisogno (Tab. I).

tenere il proprio status.

Questo implica un insieme di diritti ma anche di doveri sia per l'operatore che per il paziente.

Ad esempio tra le caratteristiche del ruolo sanitario possiamo citare la *compe-*

Tabella I			
MEDICO	PAZIENTE	SITUAZIONE	PROTOTIPO
Attivo	Passivo	Urgenza, chirurgia	Madre-lattante
Direttivo	Cooperante	Malattie acute	Genitore-bambino
Partecipazione reciproca		Malattie croniche, riabilitazione	Adulto-adulto

Le schematizzazioni sono per loro natura rigide ed è per questo motivo che è facile includerle in tabelle: la realtà è naturalmente più fluida. Chiunque svolga attività di cura, infatti, potrebbe riconoscersi in una delle tre situazioni descritte in relazione al momento e al paziente con cui si sta rapportando.

Nonostante la asimmetria della relazione con il paziente, caratterizzata da una ineliminabile disuguaglianza, questo Autore riteneva che essa fosse comunque "armonica", in quanto basata sulla accettazione consensuale e sulla complementarità dei ruoli.

La dinamica interpersonale. Considerando il rapporto terapeuta-paziente non si può esimersi dall'inquadrare le dinamiche interpersonali all'interno del *frame* dato dalle personali, e sociali, interpretazioni di status e di ruolo.

Definendo come *status* di una persona l'insieme dei comportamenti che essa può attendersi dagli altri nei propri riguardi, e come *ruolo* l'insieme dei comportamenti che gli altri si attendono da una persona, potremmo anche riconoscere a quest'ultimo una dinamicità attiva che l'individuo deve operare per man-

tenza tecnica, intesa come dovere dell'operatore di assicurare prestazioni qualitativamente e tecnicamente efficaci e efficienti; la *specificità funzionale*, cioè il privilegio dato al terapeuta nell'esercizio della sua professione di accedere al corpo del paziente e la possibilità di ricevere confidenze, da cui ne discende l'obbligo del segreto professionale; l'*atteggiamento universalista e altruista*, che sancisce l'obbligo di curare tutte le persone indipendentemente dalla razza, religione, nazionalità o status a cui appartengono con lo scopo comune del benessere della collettività, tenendo conto della vulnerabilità del malato.

Anche quest'ultimo, godendo di uno status particolare, è investito da un insieme di diritti e di doveri, come l'*esenzione dalle responsabilità*, che si manifesta ad esempio con l'essere dispensati da alcune abituali funzioni; il diritto ad *essere aiutato*, istituzionalizzato in primo luogo nella famiglia e nella società; ma anche l'obbligo a *desiderare la guarigione* collaborando *attivamente con il personale curante*.

Lo sviluppo del rapporto interpersonale non si esaurisce certo in un confronto di ruoli in quanto la relazione, proprio

perché tale, implica tutti gli aspetti del vincolo sociale e personale.

Ma il prodotto di questo legame, strettamente legato agli aspetti comunicativi e che maggiormente deve destare attenzione nel terapeuta perché capace di influenzare grandemente l'effetto della terapia stessa, è la *compliance* del paziente.

La compliance. L'adesione del paziente all'iter diagnostico o terapeutico sembra influenzata principalmente da:

- 1) comprensione;
- 2) modalità di comunicazione delle informazioni;
- 3) qualità dell'interazione con lo staff;
- 4) appartenenza a gruppi di riferimento;
- 5) regime di trattamento (durata, complessità, effetti);
- 6) rappresentazioni sociali su salute/malattia/cura.

Più della metà di queste variabili è ascrivibile al contesto comunicativo-relazionale.

La motivazione al trattamento indotta nel paziente sembra più forte e stabile quando lo stile comunicativo del terapeuta è cooperativo e tale da coinvolgere il paziente in modo attivo; è ipotizzabile quindi che l'applicazione di modelli interpretativi e collaborativi possa consentire una relazione più stabile nella cura di malattie croniche e negli iter riabilitativi.

Rosner⁽¹⁾ propone un lungo elenco di ventisei possibili soluzioni al problema del paziente non collaborante: molte di esse fanno riferimento a fattori educativi (del paziente, della famiglia, dei caregivers) e comunicativo-relazionali.

Una relazione collaborativa richiede tempo da dedicare al rapporto con il paziente per discutere a fondo i vari pas-

saggi del processo assistenziale e questo spesso mal si associa con la riduzione dei tempi assistenziali imposta dal management sanitario.

Richiede ascolto attivo, osservazione, empatia e capacità comunicative.

Le capacità relazionali ed espressive di ognuno non sono solo istintive o frutto di esperienza ma possono essere insegnate e quindi apprese, migliorate o modificate.

La consapevolezza delle dinamiche comunicative dovrebbe essere un patrimonio fondamentale di tutti gli operatori sanitari.



La comunicazione. L'idea di comunicazione come processo che lega alcuni elementi strutturali come *fonte, messaggio*

e *ricevente*, può essere fatta risalire ad Aristotele.

Più recentemente gli studi sulla comunicazione hanno focalizzato l'analisi sulla circolarità del rapporto emittente-ricevente introducendo il concetto di feedback (retroazione), cioè la risposta del ricevente consente all'emittente di capire se il proprio messaggio è stato recepito e/o se è necessario apportarvi delle modifiche⁽¹²⁾, in una sorta di "partita a tennis" verbale e non verbale in cui i messaggi vanno avanti e indietro tra le parti interagenti.

Secondo modelli ancor più recenti si presume che gli interlocutori siano contemporaneamente (e non in momenti diversi) emittenti e riceventi durante l'interazione: diventa difficile quindi isolare un singolo atto di comunicazione da ciò che lo precede e ciò che lo segue⁽¹³⁾.

Riassumendo ed esemplificando alcune caratteristiche della comunicazione umana possiamo ricordare che:

- *Non si può non comunicare.* Anche il silenzio, il ritrarsi, l'immobilità sono essi stessi una forma di comunicazione ed influenzano gli altri interlocutori che non possono non rispondere a questi segnali verbali e/o non verbali.
- *Gli scambi di comunicazione sono o simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza.* Si ha interazione simmetrica, caratterizzata dall'uguaglianza, quando il comportamento di un interlocutore tende a rispecchiare quello dell'altro (ad esempio operatori a confronto durante una riunione d'équipe).

Le relazioni complementari sono caratterizzate dalla differenza esistente tra le persone, come nel rapporto terapeuta-paziente che è asimmetrico sia per quanto riguarda il contenuto (si parla delle condizioni di salute del paziente e non di quelle del sanitario), sia per i differenti compiti nell'interazione (domandare, investigare, decidere vs rispondere, accettare, seguire i consigli).

- *Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo.* Quando una persona comunica con un'altra, il suo messaggio non è soltanto costituito da ciò che la persona letteralmente dice; a questo messaggio letterale si accompagna infatti un'altra comunicazione, costituita da segnali e simboli che si esprimono attraverso altri canali. Si tratta di comunicazione non verbale, cioè tutto quel complesso di segnali, gesti, movimenti del corpo, posture, espressioni del volto, direzione dello sguar-

do, vicinanza e posizione spaziale, contatto corporeo, orientamento, toni di voce ed altri aspetti non verbali del discorso, come abiti e ornamenti del corpo che esprimono e comunicano il vissuto emotivo, trasmettono messaggi di relazione, regolano lo scambio comunicativo, sostengono o sostituiscono la comunicazione verbale.

I segnali non verbali esprimono e comunicano emozioni molto più efficacemente di quelli verbali e forniscono un maggior numero di informazioni: il volto e in particolare lo sguardo, seguiti dal corpo e dal tono di voce, sono i più importanti veicoli di emozioni. In caso di discordanza fra segnali, ad esempio nel tentativo di nascondere o simulare un'emozione, si fa più attenzione alla componente non verbale⁽¹⁴⁾.

Il linguaggio del corpo è predominante nella trasmissione dei flussi informativi: secondo alcuni autori solo il sette per cento di tutte le informazioni che ci arrivano da un discorso derivano dall'uso delle parole. Il 38% ci perviene dal tono della voce e il 55% dal linguaggio corporeo⁽¹⁵⁾.

L'uso cosciente di questa forma espressiva diventa, dunque, per il fisioterapista uno strumento di lavoro.

Imparare a comunicare. Lo sviluppo di una comunicazione efficace richiede il corretto uso e l'adeguata decodificazione dei segnali verbali e non verbali.

Iniziamo col dire che, come in tutti i rapporti umani, spesso il primo impatto visivo è determinante nella creazione di un giudizio categoriale generalmente mediato da strategie di pensiero euristiche, semplificate.

Non è banale, dunque, ritenere rilevante l'aspetto esteriore del terapeuta (aspetto ordinato, con indosso un camice

pulito e chiuso o una divisa regolamentare, con un cartellino di riconoscimento, un non eccessivo uso di monili ecc.) che, in quanto rappresentazione di cura e professionalità, può essere soggettivamente percepito e condizionare il primo impatto e di conseguenza il giudizio.

Lo sguardo, il tono della voce, gli aspetti non verbali del parlato, la gestualità, la mimica, la distanza, la postura e l'orientamento interpersonale sono tutti fattori che possono influenzare la qualità della comunicazione.

Gli occhi, che guardano e che sono guardati; la voce, modulata che rilassa o che stimola; le mani che parlano, esemplificano o sottolineano; il comportamento nello spazio espresso dal contatto, dalla vicinanza-distanza, dall'orientamento (faccia a faccia, di fianco, dietro la scrivania), dalla postura (rigida, rilassata, che presta attenzione, seduti, in piedi), rivela il grado di intimità e di confidenza dell'incontro, della disponibilità personale e del ruolo dei partecipanti.

Il contatto corporeo assume particolare significato nel nostro contesto. Si è dimostrato che è il modo in cui si viene toccati ad essere terapeutico: laddove il contatto di tipo tecnico-procedurale può provocare ulteriore stress, quello di conforto o rassicurazione si rivela benefico per quello che riguarda il rilassamento in generale e, persino, per la riduzione della frequenza cardiaca⁽¹⁶⁾.

Importanti scuole riabilitative sottolineano l'importanza del contatto manuale morbido, fasciante, atto a trasmettere il movimento al paziente in maniera graduale e mai eccessiva, partecipando con tutto il corpo in un movimento armonioso e coerente in una sorta di *transfert motorio*⁽¹⁷⁾.

È importante ricordarsi che con il contatto fisico si invade lo spazio di un

altro individuo e, per quanto sia il ruolo stesso del fisioterapista che istituzionalizza tale funzione, esiste sempre un più o meno velato e atavico riserbo nell'offrirsi inermi all'altrui tocco.



Il primo passo per una efficiente comunicazione verbale, consiste nel saper ascoltare.

Per *ascoltare* si intende una funzione cognitiva ed emotiva che permette di capire cosa ci è stato detto, diversamente dall'*udire* che è un atto fisico di semplice riconoscimento di suoni. L'ascolto, dunque, non è una funzione passiva nei processi di comunicazione: nell'ascoltare gli altri occorre una reale volontà di capire e di mettersi dal loro punto di vista.

Quanto più diventa un processo attivo ed empatico che indica attenzione all'altro, cui viene dato sufficiente tempo e spazio per esprimersi, tanto più si percepiscono i messaggi con esattezza e completezza, evitando distorsioni dell'informazione.

Questo è un punto chiave in quel processo fondamentale di valutazione del paziente che corrisponde all'anamnesi: non a caso si parla di "raccolgere" e non di "fare" l'anamnesi.

Bisogna essere pronti e vigili nell'accolgere ciò che il paziente attraverso un suo procedimento di reminiscenza ci sta offrendo.

Secondo Platone il processo attraverso cui si impara e si conosce è il ricordo, la memoria: *anamnesis* appunto.

Relativamente al linguaggio è chiaro che affinché la comunicazione sia efficace il messaggio trasmesso deve essere capito e ricordato dal paziente: la manca-

ta comprensione, dovuta ad esempio dall'uso di un linguaggio troppo tecnico o non adeguatamente tarato sul livello dell'interlocutore porta a non memorizzare, all'insoddisfazione e alla non adesione al trattamento⁽¹⁸⁾. Non è da escludere, inoltre, che l'uso di un linguaggio eccessivamente specialistico sia da ascrivere alla volontà del terapeuta, più o meno consapevole, di rimarcare il proprio ruolo dominante o di nascondere la propria incapacità di fornire risposte conformi alle esigenze del paziente.

Fornire spiegazioni al paziente, usare prevalentemente domande aperte ("Dove ha male?" piuttosto che "Ha male qui?"), rispondere a quesiti anche solo abbozzati ("Mi sembra di aver capito che volesse chiedermi..."), usare frasi empatiche ("Capisco che questo possa preoccuparla..."), coinvolgenti ("Secondo lei, qual è la difficoltà che dovremmo risolvere prima..."), chiarificanti ("Mi spieghi meglio..."), sinossiche ("Dunque, ricapitolando lei dovrà stare attento a...") portano a comprendere il punto di vista dell'altro e consentono l'inizio di un soddisfacente processo relazionale con il paziente.

Conclusioni. L'evoluzione da una relazione impostata sull'offerta di aiuto da parte del terapeuta ad una basata sull'offerta di conoscenza individua il paziente come entità autonoma e responsabile che ricorre all'operatore come fonte esperta di informazioni, per giungere a una comprensione condivisa del problema e alla sua soluzione.

Questo è un processo inarrestabile, alimentato dalla diffusione e dalla facilità di accesso all'informazione medica che favorisce una cultura spicciola di nozioni frammentate, un "sapere ignorante", con cui comunque il terapeuta si

deve confrontare senza avere più la possibilità di infantilizzare il paziente con l'imposizione di inspiegabili e inspiegati dogmi terapeutici.

È utile favorire l'autonomia del paziente e non la sua dipendenza dall'operatore, associandolo al trattamento non come recettore passivo e subordinato come in passato, ma sempre più come impegnato collaboratore dell'azione del sanitario.

In questo i fisioterapisti, come gli altri professionisti sanitari della riabilitazione, sono in vantaggio sui colleghi medici: i fili della comunicazione, che per il medico sono un ambizioso progetto da ricollegare, per il fisioterapista non si sono mai interrotti.

Il rischio, se mai, è che in un ingenuo tentativo di crescita professionale qualche Collega in crisi di identità imbocchi la strada già percorsa dal medico dell'eccessivo tecnicismo, allontanandosi così dagli aspetti comunicativo-relazionali che sono parte integrante del progetto riabilitativo.



BIBLIOGRAFIA

- 1) Balint M. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano 1970
- 2) Shorter E. *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*. Feltrinelli, Milano 1986
- 3) Tarquini B. *Il nuovo Rasario Semeiotica e Metodologia Medica*. Idelson, Napoli 2005
- 4) Satolli R., *Per la medicina in crisi un rimedio: l'informazione*, Telema, 3, 1997
- 5) Lemoine P. *Le mystère du placebo* Editions Odile Jacob, Paris, 1996
- 6) Spiegel D., *Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer*, Lancet, 1989 pp. 888-90
- 7) Helman C., *Culture, health and illness*, Butterworth, Oxford, 1990
- 8) Lemoine P. <http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/cours/pharmaco/placebo.htm>
- 9) *Il Nuovo Zingarelli - Vocabolario della lingua italiana*
- 10) Hollender M.H., *The psychology of medical practice*, Saunders, Philadelphia, 1958
- 11) Rosner F. *Patient noncompliance: causes and solutions Mt Sinai J Med.* 2006 Mar;73(2):553-9. Review
- 12) Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio 1971
- 13) Galimberti C. *La conversazione*. Milano: Guerini, 1992.
- 14) Palmonari A., Cavazza N., Rubini M., *Psicologia sociale*. Bologna: Il Mulino, 2004
- 15) Thiel E., *Die Körpersprache verrät mehr als tausend Worte*. Milano: Armenia, 1987
- 16) Weiss S.J. *Psychophysiological effects of caregiver touch on incidence of cardiac dysrhythmia*. Heart Lung 1986; 15: 495-506.
- 17) Monari G., *Facilitazioni Neurocognitive Progressive*. Milano, EdiErmes, 2004
- 18) Ley P. *Communicating with patients*. London: Creem Helm, 1988