



FONDAZIONE
GIACOMO MATTEOTTI
ONLUS

LA PERSONA AL CENTRO DELLA TERAPIA.

TEMI E PROBLEMI DELLA MEDICINA RELAZIONALE

Sala del refettorio della biblioteca della Camera dei deputati, 5-6 ottobre 2016

***Empatia, condivisione e consenso nella
relazione terapeutica***

Ranieri de Maria



**International Society for
Social and Human Studies**

LA SALUTE

- Cominciamo con una provocazione: **la salute non ha nulla a che fare con la malattia**
- La definizione di “malattia” infatti non è utile per definire la salute (“alterazione dello stato fisiologico di un organismo capace di ridurre o modificare negativamente le sue **normali** funzionalità”)

LA SALUTE

- La normalità è infatti impossibile da definire
- In ogni caso, anche se la “normalità fosse possibile definirla, lo stato di salute **non coincide con la normalità**
- Le stesse concezioni tradizionali e positivistiche di “patologia” e “fisiologia” sono messe in crisi dalla consapevolezza della complessità della condizione umana

LA SALUTE

- Difatti lo sviluppo della conoscenza ci permette di sapere che le condizioni individuali, in qualche misura, prescindono **sempre** dai modelli teorici
- Pertanto non sembra possibile individuare un concetto generale e teorico di “salute” sulla base di modelli teorici di malattia
- Ciò perché, appunto, la salute non ha nulla a che fare con la malattia

LA SALUTE

- Definizione dell'OMS: “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”
- Lo “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale” è una condizione impossibile nella pratica
- La definizione è troppo ampia e ha una prospettiva esclusivamente **sociale**, perché attiene alle politiche della salute e non alla valutazione delle condizioni individuali

LA SALUTE

- La salute infatti non può ridursi alla medicina sociale e alla prevenzione, ma deve essere ovviamente perseguita anche – e forse soprattutto – con riferimento al singolo individuo
- Possiamo quindi chiederci se e quando un individuo è “in salute”?
- **Forse no**

LA SALUTE

- La salute infatti **non è una condizione**, ma un **percorso**
- Il benessere psicofisico richiamato dall'OMS infatti non è una condizione oggettiva
- La risposta alla domanda “cosa è la salute” quindi non ha una risposta univoca, se non nell'identificare gli **strumenti che tendono ad aumentare il benessere psicofisico dell'individuo**

LA SALUTE

- Ma quali sono questi strumenti?
- Il “benessere quotidiano” è legato alla capacità di autodeterminarsi
- Il benessere comprende sia la soddisfazione personale dell'individuo, sia la sua collocazione nel mondo e nella socialità

•

LA SALUTE

- Tre sono gli elementi significativi del benessere di un individuo, come singolo e nella socialità:
- **Autonomia individuale**
- Sviluppo ed esercizio delle **competenze personali**
- Possibilità e **coltivazione** di una **compiuta vita di relazione**

LA SALUTE

- Quindi si può dire che la salute è un percorso verso un **recupero della tensione psicologica verso l'autonomia piena, lo sviluppo delle competenze e la relazionalità**
- Questo percorso non riguarda solo gli individui affetti da una patologia conclamata, ma, in qualche misura, **tutti**

RAPPORTO TERAPEUTICO

- Con questa definizione di salute, possiamo cercare di comprendere cosa sia e cosa debba essere la **relazione terapeutica**
- Che quindi **non può essere un rapporto la cui finalità è la mera eradicazione della malattia**

RAPPORTO TERAPEUTICO

- Se la salute è il recupero della tensione psicologica verso l'autonomia piena, lo sviluppo delle competenze e la relazionalità, allora il compito del medico è accompagnare - e guidare - il paziente in questo percorso

RAPPORTO TERAPEUTICO

- Il compito del medico è quindi favorire l'*empowerment* dell'individuo, ossia un processo di crescita basato sull'incremento dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione per far emergere risorse latenti, portando l'individuo a sviluppare il suo potenziale psico-fisico e relazionale e ad aumentare il controllo sulla propria vita

RAPPORTO TERAPEUTICO

- In qualche misura, il medico è

**IL CUSTODE DELLA LIBERTÀ
DELL'INDIVIDUO**

RAPPORTO TERAPEUTICO

- Per ottenere questo scopo medico e paziente devono sviluppare una relazione cooperativa, finalizzata a uno scopo comune, appunto, l'empowerment dell'individuo
- In sostanza, medico e paziente devono costruire l'**alleanza terapeutica**

RAPPORTO TRADIZIONALE

- La tradizionale relazione tra medico e paziente è basata su un rapporto di tipo **paternalistico**
- Un rapporto fiduciario nel quale le decisioni sulle cure da praticare al paziente sono riservate **esclusivamente** al medico

RAPPORTO TRADIZIONALE

- In questo modello il medico è investito del ruolo di unico **legittimo decisore** delle terapie in virtù della sua capacità di compiere scelte funzionali alla realizzazione del **bene del paziente**
- Il bene del paziente consiste sempre e comunque nel ristabilimento della salute (o, meglio, nell'**eradicazione della malattia**) e nella **salvaguardia della vita**

RAPPORTO TRADIZIONALE

- Nel rapporto paternalistico il principio di beneficiabilità sovrasta quello di autodeterminazione, quindi l'autonomia del paziente
- Questo rapporto è basato sull'asimmetria informativa: il paziente non è in grado di elaborare le scelte corrette in merito al perseguimento della propria salute: quindi vi viene escluso

CRISI DEL RAPPORTO TRADIZIONALE

- In una società pluralista come quella contemporanea il principio di autonomia non viene considerato come recessivo rispetto a quello di beneficiabilità
- Il principio fondante della società liberale impedisce che all'individuo vengano somministrati trattamenti medici a cui egli non consente

CRISI DEL RAPPORTO TRADIZIONALE

- Lo sviluppo dei mezzi di informazione e la loro capillarità affievolisce l'asimmetria informativa, spodestando il medico dal piedistallo di esclusiva sapienza tecnica
- Il paziente diviene informato, e quindi critico, e quindi spesso conflittuale
- Il modello paternalistico tradizionale entra in crisi, e muore

MODELLO DELIBERATIVO

- Nasce quindi l'esigenza di un rapporto terapeutico più bilanciato
- Il paziente diventa protagonista del trattamento somministratogli, a cui deve consentire, partecipando alle decisioni
- Il medico non è più *il demiurgo che, iniziato alla sapienza tecnica, combatte l'entropia del corpo con la forza vivifica della scienza, vincendo l'inesorabilità della materia con i medesimi strumenti della meccanica*

MODELLO DELIBERATIVO

- È evidente che il modello deliberativo è l'unico che permetta a medico e paziente di sviluppare una **relazione cooperativa**
- Solo con questo modello medico e paziente potranno agire insieme e coordinati per perseguire la salute
- In sostanza, **il modello deliberativo è la condizione essenziale per lo sviluppo dell'alleanza terapeutica**

MODELLO DELIBERATIVO

- La partecipazione può essere perseguita solo ritagliando un **ruolo attivo** all'utente dei servizi medicali in tutte le attività che lo riguardano e con tutti gli attori partecipi, attraverso un meccanismo di coinvolgimento che valorizzi la sua autonomia e impieghi le sue competenze umane e relazionali
- La partecipazione alle decisioni comporta la necessità di **piena informazione** sulla natura, i rischi e i possibili esiti dei trattamenti

CONSENSO INFORMATO

- Nasce il consenso informato
- Obbligo normativo (art. 32 Cost., art. 33 l. 833/78)
- Obbligo deontologico (codici deontologici degli operatori sanitari)
- Obbligo etico (di rispetto del principio di autonomia)

CONSENSO INFORMATO

- Se somministrato senza il consenso del destinatario il trattamento diviene **arbitrario**, e non può essere considerato esercizio di un dovere di cura, tanto da integrare un reato
- Il TSO presuppone l'incapacità di esprimere il consenso con coscienza e volontà
- Il consenso è quindi **parte essenziale** e inscindibile del trattamento medico

CONSENSO INFORMATO

- Il consenso pertanto non è una formalità che serve all'operatore sanitario per rendere legittima la sua azione
- Né tanto meno serve ad affievolire la sua responsabilità professionale
- La funzione del consenso è di stabilire i termini del ruolo del paziente nel trattamento somministratogli e nelle scelte relative

CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato in realtà non è altro che una complessa e articolata attività di negoziazione, in cui la stessa concessione del medesimo è oggetto di una elaborata opera congiunta di informazione e convincimento, che vale a determinare la natura e la consistenza del trattamento. La disponibilità del paziente a porre delle condizioni o a rifiutare financo un trattamento pone l'operatore sanitario nella necessità di negoziare il consenso, attraverso un'opera di persuasione e il tentativo di identificazione dell'interesse comune

CONSENSO INFORMATO

A ben vedere, ciò che viene negoziato non è il consenso al trattamento, bensì il trattamento stesso, a causa del fatto che esso deve essere comunque oggetto di consenso, e può essere diverso da quello rappresentato o proposto dall'operatore. Le stesse modalità di sviluppo del trattamento possono essere oggetto di negoziazione, poiché il paziente può rifiutare una data ipotesi di somministrazione, o richiederne una diversa, che percepisce come più utile o confacente, o semplicemente meno odiosa e più accettabile

CONSENSO INFORMATO

La capacità del medico di saper correttamente sviluppare la relazione col paziente costituisce una parte, niente affatto trascurabile, della sua competenza clinica. Non si tratta unicamente di esercitare l'essenziale capacità di trarre dall'infermo, nel rapporto con la sua individualità, tutte le informazioni necessarie all'anamnesi, bensì di instaurare una relazione a tutto tondo, la quale permetta una comunicazione bidirezionale in tutte le fasi dell'apporto terapeutico

CONSENSO INFORMATO

- Il consenso non si esaurisce nella firma dei moduli
- Il consenso deve essere certo e attuale, e deve essere negoziato nuovamente ogni volta che le terapie o i trattamenti vengono modificati
- Inoltre potrebbe essere ritirato in ogni momento, quindi il medico ha il dovere di assicurarsi che i trattamenti che vengono somministrati siano sempre coperti dal consenso
- La negoziazione del consenso prosegue per tutta la durata della terapia

CONSENSO INFORMATO

- Il consenso quindi definisce il ruolo del medico e del paziente nella relazione terapeutica
- Stabilisce i termini della collaborazione tra medico e paziente
- Stabilisce gli obiettivi comuni
- **Costruisce e mantiene l'alleanza terapeutica**

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- La cura della salute costituisce l'attività umana più delicata. Non c'è nulla che sia più intimamente legato all'identità umana dell'occuparsi dell'integrità psicofisica di un individuo, o di ricevere attenzioni e cure col fine di preservarci
- Ciò involge l'immagine che abbiamo di noi stessi, e la percezione dell'immagine che offriamo agli altri

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- Il discrimine tra la vita e la morte, la sofferenza e la qualità della vita sono interessi supremi dell'individuo
- Quale che sia il ruolo - paziente, operatore o amministratore - i valori, le credenze e la personalità di ognuno dovranno intrecciarsi con quelle degli altri attori, in un rapporto complesso fatto di decisioni, di scelte, di compromessi, di **negoziazione**

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- Non è raro infatti che medico e paziente sviluppino un'immagine diversa della salute e della malattia, e che ciò si riscontri in diversi orientamenti, sia con riferimento alla terapia, sia circa il suo scopo
- Proprio perché la cura della salute involge la stessa identità dell'individuo, egli può articolare una scala di valori differente rispetto a quella, oggettiva, a cui ci si potrebbe aspettare egli si attenga, e che l'operatore tende comunque professionalmente a seguire

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- Così la propria immagine può essere, nella percezione del paziente, irrimediabilmente vulnerata, per esempio, dalla perdita di un arto, o da un'incapacità permanente, tanto da generare un'aspettativa di qualità della vita troppo negativa per essere deliberatamente scelta
- Tale posizione confligge irrimediabilmente con l'astratto dovere terapeutico del medico, il quale persegue a oltranza e senza incertezze o eccezioni ciò che considera il bene del paziente, secondo il principio del maggior beneficio e del minor danno

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- L'attività terapeutica pertanto deve essere sempre negoziata tra medico e paziente, perché l'interesse del paziente al perseguimento della sua salute non può essere dato per scontato, in quanto non può essere data per scontata l'immagine che egli ha della propria salute e della propria malattia, e della terapia medesima

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- I rapporti della salute devono considerarsi quindi come **un'ampia e complessa attività di negoziazione**
- Non una negoziazione distributiva, ossia tesa a spartire risorse finite
- Ma una **negoziazione integrativa**, che definisca obiettivi comuni realizzabili e li persegua mediante l'utilizzo integrato delle reciproche risorse, **producendo valore**

LA NEGOZIAZIONE DELLA SALUTE

- Il ruolo del medico e del paziente è, quindi, quello di identificare l'obiettivo comune – ossia la salute del paziente così come negoziata – e di concordare sui mezzi e gli strumenti per il suo perseguimento, sviluppando via via il rapporto
- Questa negoziazione è la relazione terapeutica, l'alleanza terapeutica, di cui il consenso è solo un aspetto

MA...

Quali sono le condizioni necessarie affinché questa opera di negoziazione possa essere correttamente sviluppata?

MEDICINA SCIENTIFICA

Lo sviluppo moderno della medicina come autonoma branca della conoscenza ha coinciso con l'imporsi del metodo scientifico sperimentale come modello operativo, basato fundamentalmente sull'analisi sistematica, attraverso l'osservazione e la sperimentazione dei fenomeni e dell'organizzazione degli stessi, e sulla loro interpretazione. Caratteristica di questo metodo è la netta distinzione fra soggetto osservante e oggetto osservato, la formulazione di ipotesi e loro verifica mediante l'esperienza, all'interno di un paradigma concettuale predefinito e condiviso. In tale paradigma l'ambito conoscitivo della scienza non è la verità in sé, bensì l'esattezza delle ipotesi date, ai fini di una prevedibilità di regolarità di occorrenze, definite leggi di natura.

MEDICINA SCIENTIFICA

Conseguenza del metodo è l'adozione nella pratica medica del modello riduzionistico. Esso trae origine dal dualismo cartesiano tra res cogitans e res extensa, e conduce a ritenere la malattia una deviazione meccanica dalla regola di variabili biologiche misurabili, e quindi oggettive, risultante dall'azione di cause definibili con effetti prevedibili. Il medico è considerato come l'esperto tecnico che, sulla scorta delle sue conoscenze, è in grado di identificare la malattia e di stabilire la soluzione più efficace.

MEDICINA SCIENTIFICA

La malattia diviene quindi un “guasto” capace di manifestarsi oggettivamente, qualcosa che oppone resistenza e può essere spezzato, e ciò consente di individuarlo e di tentare di ripararlo

MEDICINA SCIENTIFICA

*In questa prospettiva il malato diviene quasi un **accessorio**, un complesso di organi e funzioni, portatore della malattia e recettore passivo delle decisioni del medico. Il parossismo della scientificità medica trova coagulo nella figura estetica del medico che, in perfetta antitesi con lo stregone, tratta la malattia come mero fenomeno, senza preoccuparsi del paziente, che egli non vede, non osserva, non interroga, se non attraverso gli occhi tecnici degli esami clinici, e che, al limite, non cura. [...]*

MEDICINA SCIENTIFICA

*Se può, spesso, risolvere la sua malattia, egli non si fa carico del paziente, il quale non è percepito come un individuo, un'unità psicofisica della quale ristabilire l'equilibrio e della cui felicità preoccuparsi, bensì come un **mero portatore di sintomi**, da cui eradicare il male attraverso il metodo sperimentale. Significativo il motto principale di questa figura estetica: «sono diventato medico per curare le malattie, non le persone».*

L'ERRORE DI CARTESIO

- La distinzione tra anima e corpo, tra mente o intelletto e fisico, tra spirito e carne e ossa è in realtà un tratto culturale che non ha alcun fondamento scientifico
- Damasio critica l'idea cartesiana secondo cui sarebbe il controllo delle tendenze animali attraverso pensiero, ragione e volontà a renderci umani (Damasio A.R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York: Avon Books)

L'ERRORE DI CARTESIO

- Poiché il complesso mente-cervello è organismo indissolubile, Damasio critica il concetto di un controllo ottenuto mediante un agente non fisico
- Ciò non implica un materialismo integrale
- Ma la comprensione della cultura e della civiltà “richiede tanto la neurobiologia e la biologia generale quanto le metodologie delle scienze sociali”

L'ERRORE DI CARTESIO

- Ne consegue che la distinzione tra *res cogitans* e *res extensa* è un'illusione
- Il medico non può illudersi di curare solo il corpo, perché corpo e mente non sono separati e distinguibili
- L'oggetto dell'agire del medico è l'individuo, la persona nella sua complessità e completezza

ARTE MEDICA

Sarebbe degno di lode se ci si rendesse conto delle differenze che esistono tra la medicina scientifica e la vera e propria arte medica. In fondo si tratta del divario che sussiste tra un sapere generale e l'applicazione concreta di tale sapere al caso singolo [...] si può studiare il sapere in generale, ma non la sua applicazione particolare, che invece deve maturare lentamente attraverso la propria esperienza e la propria capacità di giudicare.

EFFETTI DEL DISTACCO

Il distacco fisico e psicologico dal paziente, proprio della EBM, genera due effetti negativi:

- **Diminuiscono i dati a disposizione del medico**, capaci di orientare correttamente la sua azione: diminuisce l'appropriatezza, affidata a soli modelli teorici, come linee-guida, buone pratiche o protocolli sperimentati

EFFETTI DEL DISTACCO

- Ben più grave, l'oggettivazione dell'individuo toglie valore persino al fine assoluto, kantiano, della salvezza della vita del paziente, pretto oggetto sperimentale. L'oggettivazione riduce l'essere umano ad **hardware**, strumento e non fine dell'azione, che oltrepassa l'umanità del *curare infirmos* per raggiungere **finalità psicologiche diverse** (l'adempimento di un dovere di ufficio, il progresso della conoscenza, il tacitamento della coscienza morale, l'indulgere nel piacere intellettuale, la coltivazione dell'autostima, etc.)

EFFETTI DEL DISTACCO

- È evidente che in questa prospettiva:
- È impossibile un modello deliberativo dei rapporti della salute
- È impossibile una reale negoziazione della salute
- È impossibile una corretta relazione terapeutica
- **È impossibile l'alleanza terapeutica**

PARADOSSO DELLE CURE

Il paradosso contenuto nell'oggettivazione del paziente appare di tutta evidenza se si considera che l'esigenza di assoluta oggettività che caratterizza la medicina tecnico-scientifica contemporanea è in realtà **fittizia**, poiché l'oggetto della terapia è comunque costituito da **soggetti**, da **individui**, portatori di **valori**, **idee** e **sentimenti**

PARADOSSO DELLE CURE

È inoltre soggetto stesso il medico, il quale nella propria attività, che lo desideri o meno, che ne sia cosciente o meno, coinvolge nel profondo la propria soggettività, trasfondendo necessariamente nel trattamento un apporto psicologico decisivo ed **essenziale**

“UMANITÀ” DELLE CURE

- L'arte medica è una delicata sintesi fra la scienza e la tecnologia, ma a questa sintesi devono **sempre** venire aggiunte l'esperienza sapiente e l'identità personale del medico
- **Senza umanità non esiste medicina**
- **Senza umanità non esiste medico**

“UMANITÀ” DELLE CURE

- Per poter curare, il medico infatti deve essere “**soggetto**” e considerare tale anche l’infermo
- Egli, insomma, non può pensarsi come avulso dalla sua condizione di **umana fragilità**, anche fisica

“UMANITÀ” DELLE CURE

Medico aiuta te stesso. Così aiuti anche il tuo paziente. Questo sarà il suo miglior aiuto: vedere con i suoi occhi colui che guarisce se stesso

(F. Nietzsche. Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen)

“UMANITÀ” DELLE CURE

Un medico “senza ferita” non è in grado di fare la sua parte per attivare il processo naturale di riequilibrio a cui il paziente deve tendere, poiché **non può allearsi con lui** per sconfiggere una malattia che non conosce, non comprende e con la quale non ha nulla a che fare

“UMANITÀ” DELLE CURE

Presso la popolazione Dangaleat, in Ciad, la malattia ha un valore iniziatico: non si diviene medico se non attraverso il percorso della malattia, e per il fatto stesso di esser stati malati

(Pouillon J. (1993). *Le cru et le su*. Paris: Seuil)

DIALOGO COME TERAPIA

- L'attività terapeutica è caratterizzata da un'insopprimibile qualità dialogica
- *Nell'ambito della medicina, il dialogo non rappresenta una semplice introduzione o una preparazione alla cura. È già una forma di assistenza e prosegue nel trattamento successivo che deve portare alla guarigione. Il tutto si esprime anche nel termine tecnico "terapia" che deriva dal greco. **Therapeía significa servizio.***

DIALOGO COME TERAPIA

- Il dialogo richiede il riconoscimento dell'“altro” come interlocutore paritario
- Tuttavia, il medico è abituato ad arroccarsi nella sua posizione di sapienza tecnica, e non abbandona facilmente il suo ruolo di demiurgo che cura il corpo e deve disinteressarsi dell'anima
- La riprova?

PERCHÉ?

- Il medico tende a essere infastidito dall'affievolirsi dell'asimmetria informativa con il paziente
- Il fatto che il paziente sia critico e informato spesso lo spazientisce, perché vulnera il suo ruolo
- Il medico invece dovrebbe essere in grado di guidare la relazione con il paziente, indirizzando correttamente le informazioni che gli fornisce o che già possiede

PERCHÉ?

- Il medico teme la sofferenza del paziente, e la sua morte
- Teme il fallimento, ossia non essere capace di salvare il paziente dalla sofferenza e dalla morte
- Teme nel contempo di condividere questa sofferenza
- Il medico si considera più un **funzionario della specie** che il tutore di un singolo

PERCHÉ?

- Teme quello che viene chiamato “emotional distress”
- Teme di veder vulnerata - soprattutto con se stesso - la propria immagine nel proprio ruolo
- Quindi il distacco psicologico, la fuga dall'empatia è una forma di difesa, attitudine incoraggiata dall'indulgere nell'“errore di Cartesio” della EBM

MA...

- È possibile prendersi cura di un paziente, curarlo e perseguire la sua salute, aiutandolo a migliorare la sua autonomia personale, a esercitare le sue competenze e a coltivare le sue relazioni, senza comprendere la sua condizione?
- È possibile ottenere dal paziente attenzione, fiducia e *compliance* senza dimostrare di comprendere la sua condizione e la sua sofferenza?

MA...

- Può insomma il medico perseguire la salute del paziente senza costruire con lui un'alleanza terapeutica?
- Può il medico costruire un'alleanza terapeutica con il paziente senza conoscere i suoi interessi, i suoi desideri, le sue paure?
- **Può, insomma, fare il medico senza empatia?**

LA CHIAVE MAGICA

Le doti morali per essere un buon medico sono la saggezza, la giustizia, la liberalità, l'affabilità e lo spirito di sacrificio. Doti tutte, codeste, che presuppongono, per svilupparsi nel discente, un fondamento di bontà d'animo e di amore [...] L'affabilità è la chiave magica per aprire lo scrigno in cui sono custoditi i pensieri che caratterizzano la personalità umana, che il medico deve conoscere se vuole sollevarne la sofferenza, infondendole fede e speranza [...] Io dico che vero Medico è chi sa penetrare e scrutare nell'anima dei suoi malati.

EMPATIA?

- Ma cosa è l'**empatia**?
- “Sentire dentro”
- **Non è il “soffrire e gioire con l'altro”**
- L'empatia è la capacità di comprendere appieno lo stato d'animo altrui, ossia stabilire un contatto emotivo
- È dunque un processo: essere **con** l'altro

EMPATIA?

- Tuttavia l'empatia viene tradizionalmente considerata come una "competenza non tecnica" dell'operatore della salute, qualcosa che non si impara e che fa parte del bagaglio personale dell'individuo, del carattere
- In quanto competenza non tecnica, non viene considerata né essenziale né importante nell'attività professionale

EMPATIA!

- In realtà è possibile definire con precisione l'empatia nelle cure mediche, e persino misurarla
- La Thomas Jefferson University ha realizzato un metodo per la misurazione dell'empatia dei medici, il *Jefferson Scale of Empathy*, tradotto in 55 lingue

CENTER FOR RESEARCH IN MEDICAL EDUCATION & HEALTH CARE

Overview

Our Team

Jefferson Scale of Empathy

[Frequently Asked Questions](#)

[Empathy Research Projects](#)

Jefferson Longitudinal Study of Medical Education

The Jefferson Scales for the Assessment of Educational and Patient Outcomes

Disease Staging

Medical Education Research

Health Services Research

Publications

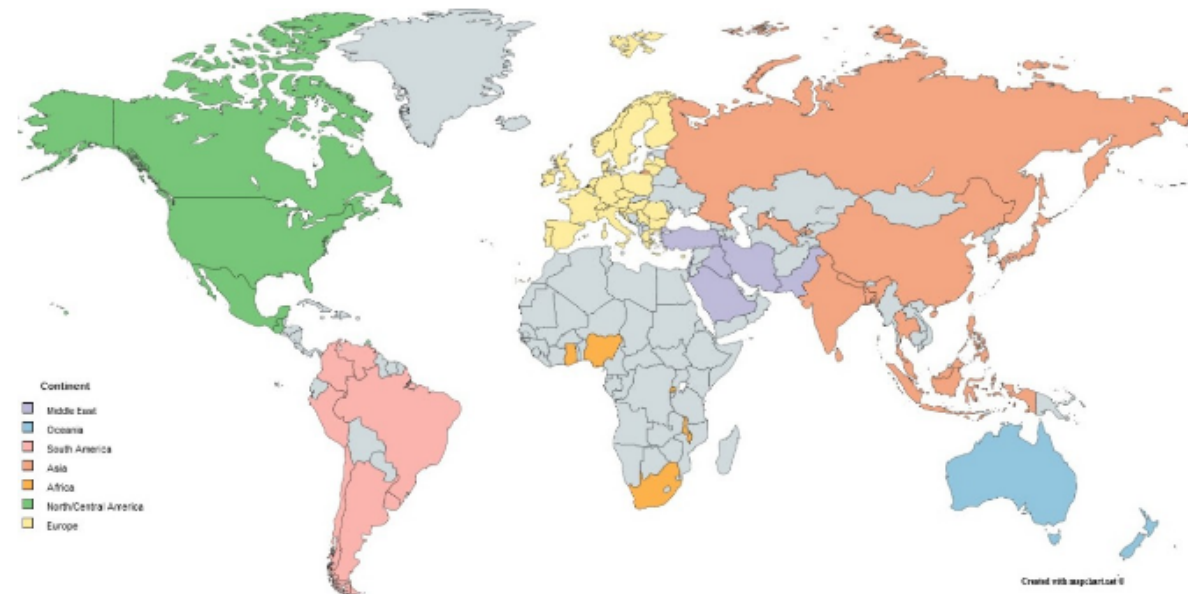
Contact Us

[BACK TO SKMC HOME](#)

[SIDNEY KIMMEL MEDICAL
COLLEGE ALUMNI](#)

Jefferson Scale of Empathy

Empathy in patient care... "a cognitive attribute that involves an ability to understand the patient's pain, suffering, and perspective combined with a capability to communicate this understanding and an intention to help."



Permission to use the Jefferson Scale of Empathy has been given in 74 countries. The JSE has been translated into [55 languages/dialects \(PDF\)](#). Learn more about the [worldwide use of the JSE \(PDF\)](#).

Center researchers developed **The Jefferson Scale of Empathy (JSE)** to measure empathy in physicians and other health professionals.

EMPATIA!

- “Empathy in patient care” è stata definita come “a cognitive attribute that involves an ability to understand the patient's pain, suffering, and perspective combined with a capability to communicate this understanding and an intention to help”
- Uno studio TJU – tra gli altri – ha mostrato che **891 pazienti diabetici curati da medici più empatici hanno avuto outcomes clinici migliori**

Home > March 2011 - Volume 86 - Issue 3 > Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patie...

< Previous Article | Next Article >

Academic Medicine:

March 2011 - Volume 86 - Issue 3 - pp 359-364

doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1

Empathy

Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients

Hojat, Mohammadreza PhD; Louis, Daniel Z. MS; Markham, Fred W. MD; Wender, Richard MD; Rabinowitz, Carol; Gonnella, Joseph S. MD

FREE

Article Outline

Author Information

Please see the end of this article for information about the authors.

Dr. Hojat is research professor of psychiatry and human behavior, Department of Psychiatry and Human Behavior, and director, Jefferson Longitudinal Study of Medical Education, Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania.

Mr. Louis is managing director, Center for Research in Medical Education and Health Care, and associate professor, Department of Family and Community Medicine, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania.

Dr. Markham is professor, Department of Family and Community Medicine, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania.

Dr. Wender is professor and chair, Department of Family and Community Medicine, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania.

Ms. Rabinowitz is research assistant and data manager, Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania.

Dr. Gonnella is dean emeritus, distinguished professor of medicine, and founder and director, Center for Research in Medical Education and Health Care, Jefferson Medical College, Philadelphia, Pennsylvania.

Correspondence should be addressed to Dr. Hojat, Jefferson Medical College, 1025 Walnut Street, Suite 119, Philadelphia, PA 19107; telephone: (215) 955-9459; fax: (215) 239-6939; e-mail: Mohammadreza.Hojat@Jefferson.edu.

First published online January 18, 2011.

Login

Username or Email:

Password:

Remember me ?

Login

Forgot Password?

Article Tools

Article as PDF (206 KB)

Article as EPUB ?

Print this Article

Add to My Favorites

Export to Citation Manager

Alert Me When Cited ?

Request Permissions

Images

View Images in Gallery

View Images in Slideshow

Export All Images to PowerPoint File

Share

Email

Tweet

Like 46

in Share 18K

G+ 0

Article Level Metrics



EMPATIA!

- Esistono molti altri studi, anche molto recenti, che dimostrano come “patients' perceptions of the physicians' empathy predict health outcomes”

Format: Abstract Send to

Ann Fam Med. 2016 Mar;14(2):117-24. doi: 10.1370/afm.1910.

General Practitioners' Empathy and Health Outcomes: A Prospective Observational Study of Consultations in Areas of High and Low Deprivation.

Mercer SW¹, Higgins M², Bikker AM², Fitzpatrick B², McConnachie A³, Lloyd SM³, Little P⁴, Watt GC².

⊕ Author information

Abstract

PURPOSE: We set out to compare patients' expectations, consultation characteristics, and outcomes in areas of high and low socioeconomic deprivation, and to examine whether the same factors predict better outcomes in both settings.

METHODS: Six hundred fifty-nine patients attending 47 general practitioners in high- and low-deprivation areas of Scotland participated. We assessed patients' expectations of involvement in decision making immediately before the consultation and patients' perceptions of their general practitioners' empathy immediately after. Consultations were video recorded and analyzed for verbal and non-verbal physician behaviors. Symptom severity and related well-being were measured at baseline and 1 month post-consultation. Consultation factors predicting better outcomes at 1 month were identified using backward selection methods.

RESULTS: Patients in deprived areas had less desire for shared decision-making ($P < .001$). They had more problems to discuss ($P = .01$) within the same consultation time. Patients in deprived areas perceived their general practitioners (GPs) as less empathic ($P = .02$), and the physicians displayed verbal and nonverbal behaviors that were less patient centered. Outcomes were worse at 1 month in deprived than in affluent groups (70% response rate; $P < .001$). Perceived physician empathy predicted better outcomes in both groups.

CONCLUSIONS: Patients' expectations, GPs' behaviors within the consultation, and health outcomes differ substantially between high- and low-deprivation areas. In both settings, patients' perceptions of the physicians' empathy predict health outcomes. These findings are discussed in the context of inequalities and the "inverse care law."

© 2016 Annals of Family Medicine, Inc.

KEYWORDS: outcome and process assessment; physician empathy; primary health care; socioeconomic status

PMID: [26951586](#) DOI: [10.1370/afm.1910](#)

EMPATIA!

- L'empatia è quindi una competenza tecnica professionale del medico
- Come tale, deve essere insegnata al medico e da lui appresa
- La valutazione delle capacità comunicative ed empatiche del medico deve fare parte della formazione e della formazione continua

EMPATIA!

- Un medico incapace di empatia è mutilato nelle sue capacità e attitudini professionali, e deve fare ogni sforzo per addestrarsi a porre in essere comportamenti empatici

EMPATIA!

- La funzione dell'arte medica è prendersi cura degli uomini
- In questo, si tratta dell'attività più alta e nobile
- Ma solo se non perde di vista la sua umanità

APPROFONDIMENTI

- Hojat, M (2016). *Empathy in Health Professions. Education and Patient Care*. Zurich: Springer.
- Halpern J (2011). *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York:Oxford University Press.
- de Maria R (2009) (a cura di). *Rischio clinico e negoziazione della salute*. Milano:FrancoAngeli.
- Campo R (1998). *The Desire to Heal: A Doctor's Education in Empathy, Identity, and Poetry*. New York:W.W. Norton &Co.
- Gadamer HG (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano:Cortina.



FONDAZIONE
GIACOMO MATTEOTTI
ONLUS

GRAZIE!

ranieri.demaria@gmail.com



**International Society for
Social and Human Studies**