

Brain&Dia: la ricerca emozionale di AMD

N. Musacchio¹, R. Zilich² per Gruppo Brain&Dia AMD* e Gruppo MixCovetry® MIX-X**
nicoletta.musacchio@gmail.com

¹ Unità Operativa Cure croniche e diabetologia Territoriale ICP Milano; ² MixCovetry®

Parole chiave: Ricerca emozionale, Brain&Dia, Inerzia terapeutica, Terapia iniettiva, Insulina, Fenotipizzazione diabetologo

Key words: Emotional research, Brain&Dia, Therapeutic inertia, Injective therapy, Insulin, Diabetologist phenotyping

Il Giornale di AMD, 2013; 16:254-264

Riassunto

Lo studio Brain&Dia AMD, un progetto di ricerca emozionale che vuole sondare i processi mentali, sia razionali che inconsci, alla base della scelta terapeutica, con un particolare riguardo all'inizio e/o all'utilizzo della terapia iniettiva per evidenziare e riconoscere eventuali ambiti legati all'inerzia terapeutica.

Con questo studio si vuole focalizzare l'attenzione sul funzionamento/caratteristiche/bisogni del medico, al fine di migliorare le competenze del diabetologo e soprattutto identificare e proporre strumenti utili per impostare una relazione di cura più efficace.

Materiali e metodi. Allo studio hanno partecipato 40 diabetologi (46% donne e 54% uomini), coinvolgendo 19 Strutture territoriali e 21 Strutture ospedaliere, di cui 14 del Nord d'Italia, 12 del Centro e 14 del Sud.

Sono state condotte 40 interviste vis-a-vis con domande sia sul piano razionale sia su quello emozionale. I contenuti delle interviste sono stati poi inseriti in un database dal quale si sono potuti identificare i concetti ricorrenti. Si è potuto così organizzare un database (metodo e sw Mix-Covetry® validato a livello internazionale - tecniche Harvard School of Busi-

ness) dal quale sono emerse le aree che generano resistenze e contraddizioni.

Risultati. Dall'analisi delle interviste non sono state riscontrate significative differenze tra i diversi operatori né per sesso, né per collocazione operativa né geografica, ma si sono evidenziate forti contraddizioni tra la lettura razionale e il vissuto del medico sui seguenti argomenti:

1. Difficoltà di gestione della cronicità;
2. Presa di distanza dalle proprie emozioni;
3. Sopravalutazione e fraintendimento della comunicazione verbale;
4. Mancanza di consapevolezza del vissuto del medico;
5. Pregiudizi sulla terapia insulinica.

Dai risultati è chiaramente emerso come davvero ci sia la necessità di indagare questo ambito e dall'ottimo ritorno avuto dagli intervistati siamo certi che AMD abbia identificato un nuovo canale di studio e ricerca che fornirà nuovi spunti di riflessione, crescita e nuovi strumenti di miglioramento per la nostra quotidianità di professionisti.

Summary

Brain&Dia is an emotional research project aimed to explore the thoughts and feelings – both conscious and uncon-

* Gruppo Brain&Dia AMD: N. Musacchio, P. Di Berardino, F. Gentile, V. Paciotti, G. Stagno

** Gruppo MixCovetry® MIX-X: R. Zilich, C. Cini, L. Franchi, D. Stroschio, M. Zara



Nicoletta
Musacchio



Paolo
Di Berardino



Francesco
Maria
Gentile



Vincenzo
Paciotti



Gaudenzio
Stagno

BOARD AMD BRAIN&DIA

Basato su una relazione tenuta in occasione del XIX Congresso Nazionale AMD, svoltosi a Roma dal 29 maggio al 1 giugno 2013.

scious- of the diabetologists about their therapeutic choices, with a particular emphasis at the beginning or the use of the injection therapy, with the objective to highlight and identify possible areas related to therapeutic inertia.

With this project AMD wants to focus on the functioning rules-characteristics-needs of the physician, in order to improve the skills of the diabetologists and especially identify and propose new tools to set up a relationship of care more effective.

The study involved 40 diabetologists (46% women and 54% men), distributed into 19 local facilities and 21 hospitals, including 14 in the North Italy, 12 in the Center and 14 in the South.

Materials and Methods. 40 interviews face-to-face were conducted with questions related to both the rational and emotional sphere. The transcriptions of the interviews have been processed and entered into a relational database (Mix-Covery® patented sw and method, which uses Harvard School of Business research techniques), to analyze recurring concepts and identify areas that generate resistance and contradictions (e.g. unconscious obstacles in professional choices).

Results. The outcomes reveal that there are basically no differences amongst the various groups (men/women, geographical locations, etc.), but they have shown strong contradictions between the rational reading and the experience of the doctor (deep thoughts and feelings), on the following topics:

1. Objective difficulty but also psychological heaviness in chronic care management;
2. Physicians try to keep distances from their emotions;
3. Overestimate the role of 'verbal communication';
4. Physician's lack of awareness about his/her experience and reactions;
5. Misconceptions associated to insulin therapy.

These results clearly reveal the need of focus and further investigation in this area. Also, based on the great return provided by the respondents, we strongly think that AMD has uncovered a new field of study that will provide valuable insights and tools for our professional grow.

Introduzione

Mai come in questo momento storico abbiamo avuto una disponibilità così ampia di mezzi di cura, con farmaci e strumenti a tecnologia avanzata, in numero elevato e di ottima qualità.

Nonostante ciò, le nostre performance in termini di efficacia sono certamente migliorabili e sappiamo di dover far fronte a una certa inerzia terapeutica - che riguarda in particolar modo la terapia iniettiva - e che non è più giustificabile.

Molto si è fatto finora per conoscere il vissuto del paziente e potersi concentrare sui suoi bisogni. Per contro, non si è mai affrontato in modo strutturato l'altro 'braccio' della relazione: il diabetologo. Perché è lui, paradossalmente, l'attore principale dell'approccio patient-centered: dovendo gestire la relazione terapeutica con competenze cliniche, empatiche, di comunicazione e organizzative.

AMD ha quindi deciso di intraprendere un percorso di miglioramento in termini di cura efficace, ma nella prospettiva del medico: con lo **studio Brain&Dia**, un progetto di ricerca emozionale realizzato con il contributo non condizionante di Sanofi, volto a esplorare **i processi mentali, consci e inconsci, alla base delle scelte terapeutiche del medico**, con un particolare riguardo all'inizio e/o all'utilizzo della terapia iniettiva, in modo da individuare e porre in evidenza i fattori legati all'inerzia terapeutica.

Lo psicologo Daniel Kahneman (Nobel per l'economia 2002) e altri illustri studiosi hanno elaborato nuove importanti teorie sui processi decisionali ('Behavioral Economics') che stabiliscono che ogni forma di decisione è la risultante di un 'conflitto' fra la sfera veloce-intuitiva, inconsapevole, e le capacità logico-riflessive, che invece agiscono a livello conscio. È stato così dimostrato quanto i nostri giudizi e comportamenti siano fortemente influenzati da processi mentali automatici che non controlliamo.

Del resto, dai più recenti studi sulle neuroscienze è noto che, rispetto agli 11 milioni di bit di informazioni al secondo elaborate complessivamente dal nostro cervello, la mente consapevole è in grado di gestire solo 40 bit al secondo: risulta quindi evidente quanto peso possa avere il 'lobo destro' del nostro cervello anche nelle decisioni professionali.

Si è scelta la metodologia di lavoro MixCovery® brevettata da MIX-X, che utilizza tecniche elaborate da Harvard Business School e analizza il processo decisionale nella sua interezza, rilevando da un lato le motivazioni razionali di scelta (i processi logico-riflessivi, consapevoli) e contemporaneamente fa emergere, attraverso immagini e metafore, il lato emozionale della decisione (i processi intuitivi, inconsapevoli).

Materiali e metodi

Allo studio hanno partecipato 40 diabetologi (46% donne e 54% uomini), coinvolgendo 19 Strutture territoriali e 21 Strutture ospedaliere, di cui 14 del Nord d'Italia, 12 del Centro e 14 del Sud.

Sono state fatte delle interviste individuali vis-a-vis di 1 ora e mezza l'una, con uno psicologo esperto della metodologia. I medici che hanno partecipato alle interviste hanno portato delle immagini che sono state utilizzate per parlare dell'argomento: 'il vissuto del diabetologo quando valuta di mettere un paziente in terapia insulinica' (tutte le figure riportate nell'articolo contengono immagini portate dai medici associate alle citazioni dei medici stessi). Ogni singola intervista è stata registrata, trascritta e rianalizzata: i testi delle interviste sono stati suddivisi in singole citazioni che sono state raggruppate in concetti ricorrenti. Questo ha permesso la creazione di un knowledge base rela-

AMD

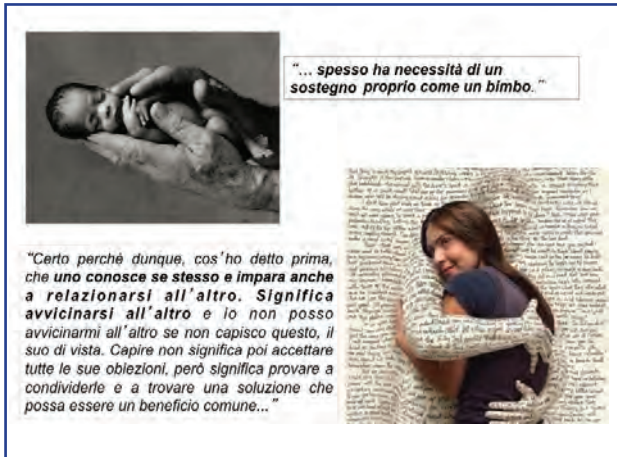


Figura 1. LA PRESENZA CHE CONTA: il diabetologo sa di rappresentare il riferimento del paziente (esempi di citazioni e immagini dei medici).

zionale che, attraverso il sw di MixCovery®, ha consentito di calcolare sia la frequenza delle citazioni (n. di citazioni assolute riferite a un determinato concetto), nonché la loro distribuzione (numero di medici che hanno espresso almeno una volta citazioni riferite a un determinato concetto). Nel knowledge base di Brain&Dia è stato raccolto un totale di ≈1.000 citazioni (≈22 per intervista), ciascuna di esse collegata all’immagine utilizzata dal medico nell’esprimere quel concetto e al vissuto espresso dal medico nel parlare di quel tema.

Risultati

I risultati evidenziano innanzitutto una popolazione molto omogenea. Non sono state riscontrate differenze significative tra donne e uomini, né tra Nord Centro e Sud, o fra colleghi operanti in Strutture Territoriali verso quelli dei Servizi Ospedalieri.

Considerando le ≈1.000 citazioni contenute nel knowledge base di Brain&Dia, **circa la metà di esse si riferiscono a temi riconducibili all’approccio ‘patient-centered’**: si evidenzia che il medico ne è profondamente convinto e cerca di attuarlo nella sua pratica quotidiana.

Su questo aspetto infatti si è rilevata, per tutti gli intervistati, una forte congruenza tra l’intervista razionale e quella emozionale (dato non trascurabile), evidenziando da parte del medico una **MARCATA CONSAPEVOLEZZA DELL’IMPORTANZA DI UNA MEDICINA CENTRATA SULLA PERSONA**.

In particolare, sono emersi 5 ambiti di rilevanza fortemente condivisi dagli intervistati:

1. LA PRESENZA CHE CONTA

Il diabetologo sa di rappresentare il “riferimento” del paziente in un percorso di cura che implica



Figura 2. LE SCELTE CONDIVISE: il diabetologo s’impegna nel cercare le strategie più adatte a motivare il paziente (esempi di citazioni e immagini dei medici).

una relazione di lunga durata e c’è un senso di forte rammarico per il fatto di non poter portare alla guarigione (Figura 1).

2. LE SCELTE CONDIVISE

Il diabetologo s’impegna nel ricercare le strategie più adatte a motivare il paziente all’aderenza terapeutica e al corretto stile di vita (attingendo alle sue competenze di comunicazione tecnica e argomentativa, di comprensione delle resistenze, di sostegno psicologico). Questa ricerca talvolta viene anche vissuta come ‘sfida’ personale (Figura 2).

3. OBIETTIVO RISULTATI CLINICI

Sono evidenti il “commitment” e la forte motivazione del diabetologo ai risultati di efficacia clinica (Figura 3).

4. ASCOLTO, CONTRATTO, PERSONALIZZO

È emersa chiaramente l’importanza che per il medico rappresenta la qualità di vita del paziente. È

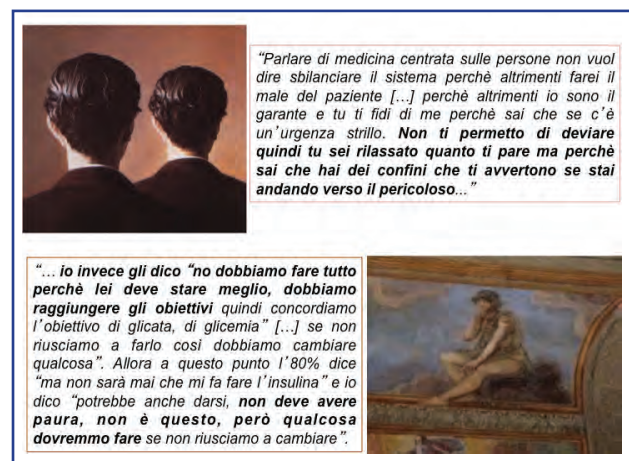


Figura 3. OBIETTIVO RISULTATI CLINICI: il commitment e la motivazione del diabetologo ai risultati clinici (esempi di citazioni e immagini dei medici).



Figura 4. ASCOLTO, CONTRATTO, PERSONALIZZO: l'approccio del medico incentrato sull'INDIVIDUO, sul vissuto del paziente e sulla sua qualità di vita (esempi di citazioni e immagini dei medici).

stato riscontrato in modo diffuso lo sforzo degli intervistati nel cercare d'intercettare il vissuto del paziente, da tutti i punti di vista (non solo fisici e biomedici), con l'obiettivo di ricercare l'approccio più adatto per quello specifico INDIVIDUO, perseguendo la logica della terapia personalizzata e intesa con un coinvolgimento del paziente a tutto campo (Figura 4).

5. **EMPATIA, PARTECIPAZIONE**

Il diabetologo condivide, comprende e 'sente' il disagio del paziente (non guarigione, continuo peggioramento, terapia iniettiva), ricercando e sperimentando strategie di supporto e sostegno (Figura 5).

Per quanto riguarda le strategie di cura, sul piano razionale tutti gli intervistati hanno affermato con una



Figura 5. EMPATIA, PARTECIPAZIONE: il diabetologo 'sente' il disagio del paziente e cerca di sostenerlo anche psicologicamente (esempi di citazioni e immagini dei medici).

certa sicurezza quanto esse siano piuttosto standardizzate e che ci si muova in modo abbastanza uniforme, secondo linee guida condivise e riconosciute. Con particolare riferimento alla terapia insulinica, sul piano razionale c'è un accordo pressoché unanime che non solo sia facilmente gestibile, ma anche utile e necessaria fin dall'esordio e che non rappresenti più un problema terapeutico come nel passato.

A fronte di questa descrizione semplice e 'professionalmente lineare' della propria pratica quotidiana però, all'analisi dei percorsi emozionali degli intervistati si sono evidenziate delle interessanti contraddizioni tra la lettura razionale della propria professione e il reale vissuto del medico.

Un aspetto che vale la pena di rimarcare è che quasi tutti gli intervistati riferiscono che, nonostante vi sia una standardizzazione dei percorsi di cura attraverso le linee guida, esse vanno 'interpretate' in quanto la cura deve essere 'personalizzata' sul paziente. **Su questo piano però, benché esso sia clinicamente corretto e auspicabile, si creano inevitabili ambiti di opinabilità su cui ci può essere un'influenza di comportamenti inconsapevoli, determinati da una serie di 'vissuti profondi' del medico che vengono descritti nel seguito.**

Se da un lato circa la metà delle 1.000 citazioni del Knowledge base di Brain & Dia ha riportato il dato confortante dell'importanza per il diabetologo di una medicina incentrata sul paziente (con una coerenza razionale-emozionale), l'altra metà delle citazioni, per la precisione 464, evidenzia alcune insospettabili incongruenze fra la sfera razionale ed emozionale su cui vale la pena di riflettere.

Le 464 citazioni che mettono in luce le incongruenze si riferiscono a 5 MACRO TEMI-CHIAVE:

1. La difficoltà per il medico di gestione della malattia cronica (91 citazioni su 464).
2. Il tentativo del medico di prendere distanza dalle proprie emozioni (103 citazioni su 464).
3. Una sopravvalutazione-fraintendimento della comunicazione verbale come strumento terapeutico (84 citazioni su 464).
4. Scarsa consapevolezza del medico su alcuni aspetti del proprio vissuto e delle proprie reazioni emozionali (123 citazioni su 464).
5. Il pregiudizio sulla terapia insulinica, sia del medico che del paziente (63 citazioni su 464) (Figura 6).

Riassumiamo le principali considerazioni riferite ai temi chiave, che rappresentano gli argomenti di fondo dell'intera ricerca, per il loro forte peso nel quotidiano professionale e la loro potenziale influenza, oltre che sulla serenità del medico come individuo, anche sulle sue scelte professionali, inclusa l'inerzia terapeutica.



Figura 6. I 5 MACRO-TEMI CHIAVE (con l'indicazione del numero di citazioni per ciascuno).

Difficoltà di gestione della cronicità

Il macro-argomento 'Difficoltà di gestione della malattia cronica' raggruppa i seguenti concetti:

1. La malattia cronica non porta alla guarigione e implica una scarsa percezione di self-efficacy per il medico (che spesso riferisce invece di aver intrapreso la sua professione con l'ideale di "salvare" i pazienti).
2. Normalmente il paziente non esprime 'gratitudine' nei confronti del diabetologo che, anzi, talvolta è anche considerato un persecutore. Quando la malattia peggiora si deve gestire la rabbia e la delusione dei pazienti e, da parte alcuni di essi, può succedere di subire quasi una colpevolizzazione per l'insuccesso della cura.
3. Il diabetologo deve saper gestire e comunicare sia gli aspetti tecnico/pratici (sui quali è preparato per definizione), che quelli psicologici (sui quali ciascuno attinge a un bagaglio di competenze e attitudini personali), in una relazione di lunga durata.
4. La gestione della cronicità implica per il diabetologo anche un maggior impegno in termini di tempo, spesso non preso in considerazione.
5. La gestione della cronicità necessita da parte del medico un'attività di supervisione organizzativa in un contesto di carenza di risorse e di cambiamento in termini di organizzazione del lavoro, che implica competenza, tempo e impegno (Figura 7).

COMMENTI

Come abbiamo visto sotto l'ombrello 'difficoltà di gestione della malattia cronica' sono raggruppati una molteplicità di aspetti che contribuiscono a rendere più impegnativa l'attività quotidiana del medico. Certo, la

difficoltà di gestione della malattia cronica è un aspetto oggettivo, che non è possibile modificare nella sostanza, ma si può lavorare sulla sua PERCEZIONE da parte del diabetologo. Infatti, uno dei motivi alla base della 'fatica' del medico nel gestire la patologia cronica è che la sua formazione è improntata alla gestione dell'acuto: dal punto di vista emozionale le aspettative e gli ideali del medico fanno trasparire un rammarico per la mancanza di soddisfazioni quali, ad esempio: "avevo scelto di fare il medico per salvare i pazienti", "se facessi il chirurgo avrei a che fare con pazienti che mi dimostrano la loro gratitudine", "se facessi il chirurgo avrei più soddisfazioni", ecc. Sarebbe pertanto utile valorizzare agli occhi del medico la sua capacità di gestire la patologia cronica, che non genera normalmente soddisfazioni 'adrenaliniche', ma richiede un mix di abilità non comuni.



Figura 7. DIFFICOLTÀ DI GESTIONE DELLA MALATTIA CRONICA: curare il paziente senza poterlo guarire dà poche soddisfazioni (esempi di citazioni e immagini dei medici).



Figura 8. IL MEDICO NON PROVA EMOZIONI: non ci sono particolari emozioni associate alla prescrizione di terapia iniettiva (esempi di citazioni e immagini portate dai medici).



Figura 9. IL MEDICO NON DEVE PROVARE EMOZIONI: il medico, per essere professionale, deve rimanere distaccato (esempi di citazioni e immagini portate dai medici).

Presa di distanza dalle proprie emozioni

Il macro-argomento 'Presa di distanza dalle proprie emozioni' raggruppa i seguenti 'concetti':

1. Il medico deve evitare di farsi manipolare dal paziente: spesso egli tende infatti a fare la vittima ed è importante che il medico sia oggettivo e tenga a distanza le proprie emozioni.
2. Una relazione di cura efficace richiede un certo distacco da parte del medico. Egli deve informare con chiarezza, esauritività e disponibilità, ma non lasciarsi coinvolgere. Il diabetologo non è lo psicologo del paziente: si occupa di diabete e non dei problemi personali (Figure 8, 9).

COMMENTI

Il medico tende a sopprimere le proprie emozioni perché ritiene che favoriscano un coinvolgimento eccessivo nei confronti del paziente e possano condizionare la sua imparzialità oggettiva nel gestire il paziente ('il medico pietoso fa la piaga puzzolente'). Bisogna però chiarire un malinteso di fondo: ciò che andrebbe evitato è che il medico venga TRAVOLTO dalle proprie emozioni, cosa che effettivamente gli impedirebbe una gestione lucida e consapevole del paziente. Per contro, un coinvolgimento consapevole gli consentirebbe di relazionarsi più efficacemente con il paziente.

Inoltre va aggiunto che, paradossalmente, è proprio il fatto di non voler accettare (e quindi gestire) le proprie emozioni, con un COINVOLGIMENTO CONSAPEVOLE, che fa sì che il medico ne venga travolto. Quindi, se la finalità di evitare le proprie emozioni è il travolgimento, quello alla fine è proprio il risultato che si ottiene: le emozioni, se non gestite, producono effetti incontrollati, sopraffanno, favorendo il logoramento e il rischio di burn out. Inoltre, il fatto che il medico cerchi di allontanare le proprie emozioni può

essere intuito dal paziente generando una distonia, con la conseguenza di rendere molto meno proficua la relazione medico-paziente.

Sopravvalutazione-fraintendimento della comunicazione verbale

Il macro-argomento "Sopravvalutazione e fraintendimento della comunicazione verbale" raggruppa i seguenti concetti:

1. C'è un diffuso senso di frustrazione nel non riuscire a trovare modalità comunicative efficaci per "convincere".
2. C'è un diffuso senso di frustrazione nel non riuscire a trovare modalità comunicative efficaci per "convincere". Spesso il medico si rammarica di non riuscire a trasmettere 'quella fiducia' necessaria a convincere il paziente e, quando la sua comunicazione si rivela inefficace, il medico si chiede cos'ha sbagliato.
3. Frequentemente si utilizza la comunicazione (impostazione di setting informativi esauritivi) per responsabilizzare il paziente e si confonde il setting informativo con la relazione di cura
4. Frequentemente si utilizza la comunicazione (impostazione di setting informativi esauritivi) per responsabilizzare il paziente, ma si confonde il setting informativo con la relazione di cura: infatti, quando il medico nonostante gli sforzi 'informativi' non riesce a convincere il paziente lamenta il fatto che 'la relazione non ha funzionato'.
5. Lo sforzo nel cercare di attingere alle migliori competenze di comunicazione è per il medico talvolta un po' 'stancante': deve concentrarsi sugli obiettivi di cura ma non può raggiungerli se non convince il paziente (Figure 10, 11, 12).



Figura 10. SOPRAVALUTAZIONE DELLA COMUNICAZIONE VERBALE: la frustrazione del medico quando non funziona (esempi di citazioni e immagini dei medici).



Figura 12. INADEGUATEZZA DELLA COMUNICAZIONE VERBALE: il bisogno del medico di competenze specifiche (esempi di citazioni e immagini dei medici).

COMMENTI

La malattia cronica richiede al diabetologo un incessante impegno per supportare, convincere e motivare il paziente. Questa 'sfida' spinge il medico a cercare degli strumenti che lo facilitino nel suo compito: le tecniche di comunicazione efficace sembrano rappresentare un validissimo aiuto.

Si confonde però ciò che è 'comunicazione efficace' con ciò che è una buona 'tecnica di comunicazione verbale'. Le tecniche di comunicazione verbale sono utilissime per trasferire al meglio un 'contenuto informativo'. E infatti, spesso il medico dichiara che il suo compito è quello di 'informare' il paziente. Ma la comunicazione efficace non è fatta solo da 'contenuto informativo': se l'obiettivo è quello di comunicare 'per convincere', è necessario anche un corollario di aspetti relazionali che non possono essere trascurati. Quindi,



Figura 11. IL SENSO DI FALLIMENTO COMUNICATIVO: è anche un fallimento nella relazione di fiducia medico-paziente (esempi di citazioni e immagini dei medici).

per riuscire a ottenere la collaborazione e la compliance del paziente, il medico ha bisogno di instaurare un rapporto di fiducia ma, per fare questo, la sola comunicazione verbale non basta: **è necessario sviluppare competenze sul piano relazionale** che, se trascurato, rende vane anche le migliori tecniche di comunicazione verbale.

Scarsa consapevolezza del medico sul proprio vissuto

All'interno del macro-argomento 'Mancanza di consapevolezza sul proprio vissuto da parte del medico' sono contenuti i seguenti concetti:

1. Il diabetologo, nel momento in cui sostiene che la comunicazione di inizio terapia insulinica non gli crea nessun problema, utilizza immagini che denotano ansia e disagio (es. mare in burrasca, situazioni in bilico).
2. Il diabetologo, in momenti diversi dell'intervista, dichiara un vissuto discordante: talvolta dice che mettere un paziente in terapia insulinica non gli crea nessun problema, talvolta dice che lo mette in ansia.
3. Il medico, dopo aver detto durante l'intervista che la terapia insulinica 'è una terapia come un'altra' o 'una delle opzioni terapeutiche nel diabete', dichiara che l'essere arrivati a questa terapia per lui rappresenta un fallimento terapeutico (o l'essere arrivati all'ultima spiaggia) (Figura 13).

COMMENTI

Il medico, per il suo ruolo e la sua formazione, si rispecchia in un modello di medico 'da manuale': obiettivo e razionale. Però, la realtà non è quella del modello ideale. Per esempio, il disagio che il medico dichiara di provare all'idea di comunicare al paziente l'inizio della terapia insulinica, vengono attribuite dal

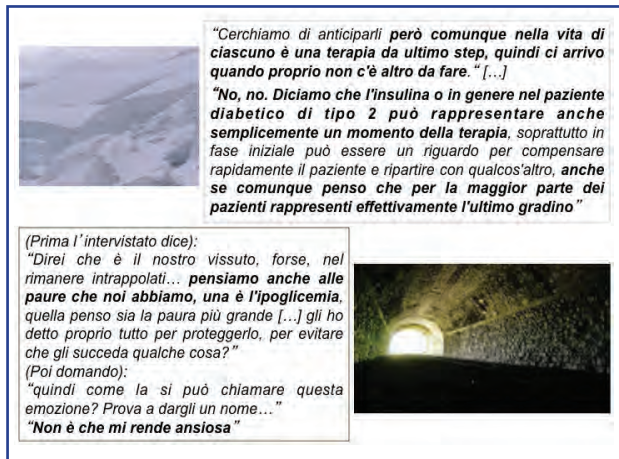


Figura 13. SCARSA CONSAPEVOLEZZA DEL MEDICO SUL PROPRIO VISSUTO: il conflitto fra la sfera razionale ed emozionale in qualche modo poi viene fuori (esempi di citazioni e immagini dei medici).

medico alle resistenze che prevede da parte del paziente. Poi però il medico, in altri momenti dell'intervista, cita anche il 'senso di fallimento personale' associato all'inizio della terapia insulinica, che è considerata l'ultima opzione terapeutica (il senso di 'fallimento' del medico per non essere riuscito a evitare il peggioramento del paziente). Ma il fallimento personale non ha senso 'razionalmente', poiché il medico ha fatto tutto il possibile per evitare il peggioramento del paziente. Nonostante ciò, è un'emozione presente e non si la si può 'eliminare' ignorandola. Quindi, il medico la evita: peccato che un'emozione negativa che rimane sommersa e non viene elaborata produca ansia e disagio. In conclusione, una maggiore consapevolezza (ovvero la capacità di gestire le proprie emozioni di disagio e di accettare anche ciò che contraddice 'l'ideale' di medico), consentirebbe di ridurre lo 'stretching emozionale', inevitabile quando vi sono dei conflitti interni che vengono ignorati.

Pregiudizi sulla terapia insulinica

Il macro-argomento 'Pregiudizi sulla terapia insulinica' raggruppa i seguenti concetti:

1. È molto diffusa l'opinione che i pazienti MA ANCHE I COLLEGHI siano convinti che l'insulina sia un po' "l'ultima spiaggia".
2. L'insulina viene spesso definita un "tunnel senza uscita" e molti medici dichiarano di aver subito per anni il condizionamento dell'insulina come "l'ultima spiaggia".
3. Alcuni riconoscono di essere loro per primi a trasmettere ai pazienti il concetto che, se non aderiscono alla terapia e al corretto stile di vita, si dovrà poi arrivare all'insulina (contribuendo così ad alimentare nel paziente l'immagine dell'insulina come "spauracchio" e "ultima spiaggia") (Figura 14)

COMMENTI

Alcuni medici considerano la terapia insulinica come 'ultima spiaggia' e, pur sapendo razionalmente che ciò non corrisponde alla realtà scientifica (specialmente dopo le ultime scoperte), hanno questo 'retro-pensiero'. Siccome il preconcetto è contraddetto dalla realtà scientifica, la razionalità del medico lo rifiuta. Ma esso continua ad essere presente a livello inconscio: questo conflitto fra opinione razionale ed emozionale del medico può produrre una proiezione del preconcetto, col risultato che questo viene attribuito ai pazienti o agli altri colleghi.

Questo meccanismo genera anche un circolo vizioso che si auto-alimenta:

- il medico, proiettando il proprio pregiudizio verso il paziente, di fatto gli comunica inconsapevolmente il fatto che l'insulina sia ultima spiaggia (es. 'guardi che se continua a non fare la dieta, prima o poi arriveremo all'insulina!');
- e così, piano piano, il paziente assimila quella convinzione;
- il paziente, che a questo punto ha fatto propria l'opinione dell'insulina come ultima spiaggia, a un certo punto la esternerà al medico, il quale troverà conferma del fatto che è proprio l'opinione del paziente.

Il circolo vizioso che alimenta i temi-chiave

È interessante notare come tutti i macro-temi chiave siano legati in un circolo vizioso e si alimentino reciprocamente. Infatti, le difficoltà di gestione della patologia cronica, aspetto oggettivo che sta al centro del sistema d'influenze (e su cui, a differenza degli altri macro-temi chiave, non si può intervenire in modo sostanziale), viene peggiorato dalla presenza degli altri fattori:

- Il fatto che il medico tenga a distanza le proprie emozioni, fa sì che esse vengano 'ignorate' invece che 'gestite', con l'inevitabile ripercussione di un maggiore impegno psicologico nella gestione del paziente cronico.
- Il fatto che il medico ritenga, in buona fede, che un'informazione chiara ed esaustiva rappresenti uno strumento comunicazionale 'completo' (non dando il giusto peso alle leve che riguardano gli aspetti relazionali) non può che rendere più difficile il tentativo di convincere il paziente, con l'ulteriore conseguenza di rendere più impegnativa la gestione della patologia cronica.
- Il fatto che il medico non sia consapevole di alcune sue contraddizioni fa sì che queste possano influenzare le sue scelte terapeutiche (come ad esempio la convinzione razionale che la terapia insulinica sia 'una terapia come un'altra', 'facilmente gestibile' e che rappresenti 'una delle tante opzioni terapeutiche' e poi ad essa il medico associ un senso di



Figura 14. PREGIUDIZIO INSULINA 'ULTIMA SPIAGGIA': pregiudizio del paziente ma anche del medico (esempi di citazioni e immagini dei medici).

'fallimento personale' per non essere stato di grado di evitare il peggioramento del paziente). Ovviamente il senso di sconfitta associato a una tappa importante nel peggioramento non può che rendere meno facile la gestione della malattia cronica, in cui l'unica prospettiva è il mantenimento o proprio il peggioramento.

- Il fatto che molti medici attribuiscono ai pazienti e ai colleghi il pregiudizio sull'insulina come 'ultima spiaggia' evidenzia la diffusione di un pregiudizio che il medico in genere non attribuisce a se stesso ma agli altri. Tutto ciò fa sì che questa convinzione si autoalimenti in un modo subdolo, a scapito dell'opinione 'scientifica' del medico che vede l'insulina come un'opzione potenzialmente reversibile.

Conclusioni

Come abbiamo visto con un sistema di analisi profonda quali-quantitativa e con dati strutturati alla mano, si evidenziano importanti contraddizioni tra la descrizione dell'attività professionale durante la fase razionale dell'intervista, rispetto ai vissuti descritti (con immagini e metafore) durante la parte emozionale: questo potrebbe spiegarci lo scostamento tra il "dire" ed il "fare" più volte rilevato (Figure 15, 16, 17, 18, 19)

Lo spunto della ricerca sulle insuline, però, è stato un modo per sperimentare un nuovo modo, più profondo, completo e scientificamente solido, per dialogare con L'INDIVIDUO DIABETOLOGO.

In questo modo abbiamo capito 2 cose importanti:

1. Come un argomento apparentemente lineare come il flusso di ragionamento da seguire per decidere se iniziare una terapia iniettiva o meno, incontrovertibilmente strutturato dalle linee guida,



Figura 15. LE CONTRADDIZIONI: scarsa consapevolezza e non accettazione delle proprie emozioni da parte del medico? (esempi di citazioni e immagini dei medici).

abbia rivelato una quantità di fattori relazionali e di vissuto profondo del medico che apparentemente nulla hanno a che fare con le linee guida, ma che in realtà possono avere un peso molto significativo sulle scelte terapeutiche, fornendoci una nuova chiave di lettura della tanto dibattuta inerzia terapeutica;

1. Un tema ancor più importante: abbiamo dovuto convenire, dati alla mano, che lo 'strumento diabetologo' è un sistema complesso che, se ridotto al ruolo di mero 'specialista preparato' (i cosiddetti ambiti del 'sapere' e del 'saper fare'), non riusciremo mai a sfruttarne appieno le potenzialità, oltre a non occuparci seriamente del rischio di burn-out. In questa ricerca l'individuo diabetologo ci ha infatti rivelato (con profusione di dati, citazioni, immagini) che è solo intervenendo sulla sua dimensione umana, unica e individuale, del 'saper essere', che potremmo risolvere molti quesiti che



Figura 16. IL CONFLITTO: il medico 'professionale' è freddo e distaccato? (esempi di citazioni e immagini dei medici).



Figura 17. LE CONTRADDIZIONI: la terapia iniettiva è proprio una terapia come un'altra? (esempi di citazioni e immagini dei medici).

non hanno una valida giustificazione scientifica (come per esempio, appunto, quello dell'inerzia terapeutica). Certo, gli ambiti del 'sapere' e del 'saper fare' sono quelli a noi più familiari, vi si interviene con attività di formazione specifica, ma dobbiamo avere ben chiaro che essi rappresentano solo degli 'strumenti esterni', di cui il medico si appropria per svolgere con più efficacia e competenza la propria professione. Lo 'strumento interno', l'individuo diabetologo, porta in sé un bagaglio di risorse emozionali che invece che essere rimosse o ignorate, andrebbero gestite e valorizzate. Il primo passo però, è quello di RICONOSCERLE, dando loro una dignità e collocandole nella giusta dimensione. Il risultato di un percorso che indirizzi in modo imparziale il 'sapere', il 'saper fare' e il 'saper essere,' non può che essere



Figura 18. LE CONTRADDIZIONI: Siamo un team vincente... o forse no... descrizione all'inizio dell'intervista -a sinistra- e alla fine -a destra- (esempi di citazioni e immagini dei medici).



Figura 19. NO COMMENT...

quello di un medico più consapevole di sé e dell'altro, quindi più in grado di gestire sé e l'altro, quindi più efficace sul piano terapeutico e relazionale.

Discussione

In tutti questi anni dedicati al passaggio da una medicina centrata sulla patologia a una medicina centrata sulla persona si è dedicato molto tempo ad analizzare il paziente e a valorizzare le sue necessità di *persona piuttosto che di organo*. Abbiamo infatti ampliato le nostre competenze imparando a studiare e fenotipizzare il paziente in base alle sue attitudini, capacità di apprendimento, alle sue rappresentazioni di malattia e ai suoi modelli comportamentali, per riuscire a personalizzare il più possibile il nostro intervento e integrare i bisogni della malattia con i bisogni della persona.

Abbiamo studiato le tecniche dell'ascolto attivo, i colloqui motivazionali e abbiamo sempre più standardizzato i percorsi di educazione terapeutica per ottenere il massimo dell'empowerment del paziente-individuo, che rappresenta la strategia di elezione per ottenere un'aderenza alla cura con la necessaria e duratura modifica dello stile di vita, alla base di un successo concreto e di lungo periodo.

Tutto ciò ci ha reso certamente attenti all'altro e ci ha arricchito di strumenti utili per una solida impostazione di quella che definiamo *la relazione di cura*, ormai confermatasi di fondamentale importanza per gestire il paziente cronico.

L'impressione che si ha oggi, alla luce dei risultati di Brain&Dia, è che potrebbe essere utile fare lo stesso percorso sul diabetologo.

Dovremmo *accendere il faro dell'osservazione* sul medico e dare valore alla medicina narrativa *del medico*, alla medicina del *nostro vissuto*. C'è certamente la necessità di guardare il burn-out con altri occhi, forse più privati, e soprattutto di andare a valutare/rivalutare il

significato della relazione medico-paziente e della comunicazione come strumento di cura. Non a caso il board AMD sta riflettendo su come continuare ed ampliare il progetto dopo questa prima fase di sensibilizzazione e presa di coscienza di un nuovo ambito di consapevolezza. C'è la volontà di creare un laboratorio di *addestramento* per arrivare a comprendere come meglio 'utilizzarci' come *strumento di cura*, imparando a riconoscere le nostre capacità relazionali individuali, nonché quelle di comunicazione efficace, per iniziare un nuovo percorso che ci consenta di identificare e abbattere dei pregiudizi che si sono rivelati quali pesanti fardelli per la nostra professione.

Conflitto di interessi: nessuno.

Ringraziamento: Progetto realizzato grazie ad un contributo non condizionante in partnership con Sanofi



BIBLIOGRAFIA

1. Zaltman G. Eliciting Mental Models through Imagery. In: *The Languages of the Brain*, Galaburda AM, Kosslyn SM, Christen Y Eds. Cambridge, Harvard University Press, 2002.
2. Tversky A, Kahneman D. The framing of decisions and the psychology of choice. *Science* 211 (4481): 453-458, 1981.
3. Soon C, Brass M, Heinz HJ, Haynes JD. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. 543-545. doi: 10.1038/nn. 2112, 2008.
4. Berlin HA. The Neural Basis of Dynamic Unconscious. *Neuropsychanalysis* 13, 1: 5-31; 32-71, 2011.
5. Libet B. The Experimental Evidence for Subjective Referral of a Sensory Experience Backwards in Time: Reply to P.S. Churchland. *Philosophy of Science* 48: 182-197, 1981.
6. Mlodinow L. *Subliminal how your unconscious mind rules your behavior*. Random House. Print, 2012.
7. Blackmore S. Mind over matter? Many philosophers and scientists have argued that free will is an illusion. Unlike all of them, Benjamin Libet found a way to test it, commentary at Guardian Unlimited, August 28, 2007.
8. Higie R, Zaltman G. Using the Zaltman Metaphor Elicitation Technique to Understand Brand Images. In: *Advances in Consumer Research*. Vol. 20, edited by L. McAlister, M. Rothschild. Provo, UT: Association for Consumer Research, 1993.
9. Zaltman G. Hidden Minds: When it Comes to Mining Customer's Views, We've Only Scratched the Surface. *Harvard Business Review* 80(6): 26-7, 2002.
10. Wegner DM. *The illusion of conscious will*. Cambridge, MA, MIT Press, 2002.

