ISSN 2280-0166 Sistema Salute, 64, 1 2020 pp. 71-83

Curare ed essere accurati: uno sguardo sulla relazione medico-paziente

To take care and to be careful: a view on the doctor-patient relationship

Maria Teresa Medi

Psicologa-psicoterapeuta, CRISS Università Politecnica delle Marche

Parole chiave: medicina, cura, relazione

Il dibattito teorico sul rapporto medico-paziente si è incentrato, fino agli anni novanta del secolo scorso, sulla limitata autonomia del malato nei riguardi della professione medica. Con l'emergere di nuove configurazioni sanitarie, tuttavia, molti approcci teorici hanno sostenuto l'idea di una centralità del paziente nelle relazioni di cura e di una sua crescente attivazione. Nel presente contributo, a partire da una indagine esplorativa di tipo qualitativo su un gruppo di medici marchigiani, si affrontano le idee e i valori che gli stessi attribuiscono al ruolo più attivo dei pazienti nei processi di cura. Una particolare attenzione è rivolta a comprendere come il cambiamento di prospettiva incida realmente sulla relazione terapeutica medico-paziente. Dai contenuti emersi nelle narrazioni dei medici è chiaro che la relazione con il paziente viene vissuta dai più con una certa dose di affanno, determinato principalmente dai cambiamenti sociali, culturali e istituzionali in atto. Lo studio suggerisce la necessità di approfondire e ampliare le conoscenze sui cambiamenti della relazione medico paziente, per comprendere meglio e sviluppare strategie per affrontare i problemi associati a tale fenomeno.

Keywords: medicine, care, relationship

SUMMARY

Until the 1990's, the theoretical debate on the doctor-patient relationship focused on the patient's limited autonomy from the medical profession. However, with the surge of a new health configuration, many theoretical approaches have sustained the idea of a centrality of the patient in care relationships as well as its growing activation. Starting from a qualitative exploratory survey on a group of doctors working in the Marche Region, the paper focuses on the ideas and values that doctors assign to the more active role played by patients in care processes. Particular attention is paid to understanding how this change of perspectives, affects the doctor-patient therapeutic relationship. From the content that emerged within the doctors' narratives, it is clear that the majority of them experience anxiety over this changing situation, mainly due by the social, cultural and institutional changes taking place. The study suggests the need to deepen

Autore per corrispondenza: mariateresamedi@gmail.com

and broaden the knowledge base on the changing relationships between doctors and patients, to better understand and develop strategies to deal with the problems associated with this phenomenon.

"Cosa sa l'uomo della vita? Niente di reale. Viviamo tra figure stereotipate, simili a cartoline illustrate."
S.Màrai (1)

Premessa

La relazione medico-paziente ha un carattere definibile di essenzialità perché è attraverso questa interazione che viene veicolata la cura. Bateson (2), ad esempio, afferma che in qualsiasi interazione umana la relazione precede ogni comunicazione interpersonale, ogni scambio, perché è la relazione che permette la comunicazione, la significa. Tuttavia, i rapporti interpersonali nel corso del tempo hanno subito molte trasformazioni: sono cambiati i ruoli, le responsabilità, i gradi di libertà e di autonomia fra individui in molti contesti. Si pensi alla rivoluzione avvenuta all'interno della coppia dove i cambiamenti culturali, sociali, ma anche i progressi in campo scientifico (la scoperta degli anticoncezionali ad esempio) ne hanno rivoluzionato l'organizzazione in termini di gerarchie di potere, di modalità di partecipazione all'economia interna, di espletamento dei compiti di cura e di sviluppo reciproci (3). Queste trasformazioni spesso necessarie e/o inevitabili hanno comportato e comportano negli individui dei veri e propri travagli di natura identitaria che generano vissuti di spaesamento, d'ansia e spesso di forte conflittualità dovuti proprio alla difficoltà di vedersi in una posizione diversa rispetto all'altro e quindi non sentirsi più in equilibrio con sé stessi.

La relazione di cura medico-paziente è una relazione di natura chiaramente differente da quella di coppia, ma anche in questo caso gli scenari, negli ultimi decenni, sono cambiati in maniera significativa e hanno innescato importanti processi di trasformazione. Secondo Manghi, Lusardi (4) tutta la scena della cura è cambiata e sta cambiando in maniera profonda e tali cambiamenti non riguardano unicamente i processi tecnico-organizzativi, ma riguardano principalmente gli scenari relazionali, sociali e culturali.

In questo lavoro si affronteranno temi collegati ai cambiamenti in corso sul tema della salute, focalizzandosi esclusivamente su una dimensione micro-sociale che riguarda appunto la relazione terapeutica medico-paziente. Sono molti gli studi fatti in merito a questo particolare dispositivo relazionale e molte le discipline che se ne sono interessate, ad esempio la sociologia (4-6,8,17), la filosofia (10,12) e la psicologia (3,7,15-16). Il contributo maggiore in merito all'importanza di facilitare e sostenere il rapporto medico-paziente nei percorsi di diagnosi e cura viene dalla medicina narrativa sia attraverso la ricerca (9,14,18), sia attraverso la letteratura clinica (13, 18-19).

Dopo una breve introduzione sugli attuali scenari in evoluzione verrà presentato un lavoro

di ricerca qualitativa, svolto nel periodo 2017/19, cui hanno partecipato un gruppo di medici della Regione Marche iscritti a un corso di formazione manageriale per la sanità. I Corsi sono organizzati dalla Facoltà di Economia dell'Università Politecnica delle Marche e la ricerca è stata effettuata dal Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria (CRISS) dell'Università Politecnica.

Gli scenari

Mike Bury (5) individua quattro fattori chiave che trasformano in maniera significativa lo scenario dei sistemi di cura. Il primo è di natura epidemiologica (la prevalenza delle patologie cronico-degenerative) e demografica (l'invecchiamento della popolazione); il secondo, di natura organizzativo-strategico, mettendo in discussione la centralità dell'Ospedale nell'ambito dei sistemi sanitari contemporanei enfatizza le cure territoriali e domiciliari; il terzo, di natura culturale, riguarda il dibattito in merito alla necessità di muoversi tenendo sempre conto che la malattia non ha solo una valenza biologica ma anche e soprattutto una valenza biografica; il quarto di natura relazionale verte sulla perdita di "innocenza" del paziente sempre più informato (anche se non correttamente) su salute e malattia e quindi il passaggio dal paziente-oggetto al paziente-soggetto.
I quattro fattori sopra descritti sono fortemente interconnessi fra loro e aprono nuove configurazioni che incidono profondamente sulla relazione medico-paziente. Prendiamo, ad esempio, i mutamenti dello scenario epidemiologico e l'allungamento della prospettiva di vita, entrambi questi fattori richiedono una ricomposizione della storica divaricazione tra saperi professionali e saperi profani in particolare per le cure a lungo termine. Giovanna Vicarelli (6) sottolinea che in campo sanitario è molto cresciuta l'esigenza di co-implicazione del soggetto e dei suoi saperi nella promozione della qualità della vita, sia nei periodi relativamente liberi da malattia e inabilità, sia nei percorsi terapeutici specialmente in quelli prolungati. Sembra chiaro ormai che nell'affrontare le cure, in modo particolare quelle a lungo termine, ci si trova contemporaneamente di fronte a due situazioni apparentemente contrastanti: l'impossibilità di una restituzione totale della salute e la necessità di ricostruire una nuova qualità della vita con la malattia. Il senso di chi vede la malattia dall'esterno interpretandola secondo il codice tecnico-scientifico e il senso di chi vive la stessa vicenda dall'interno valutandola secondo il codice intuitivo, devono potersi incontrare e procedere assieme per costruire percorsi di cura che tengano conto anche della persona del malato e del contesto di vita dove lo stesso è inserito (7). Il domicilio è diventato sempre più il luogo in cui il malato vive e viene curato. Sono quindi i familiari o chi per loro (ad esempio le badanti) che si fanno carico di fornire cure in collaborazione con il personale sanitario che si reca saltuariamente a domicilio o segue il paziente da remoto.
La sociologia della salute e della medicina si è occupata, in particolar modo, dell'evoluzione

che ha interessato la relazione medico-paziente e diverse sono le scuole di pensiero che si sono espresse in merito: dallo struttural-funzionalismo, all'interazionismo simbolico, dal neo-marxismo alla fenomenologia (8). Il dibattito, fino alla fine del secolo scorso, si è incentrato sull'interpretazione del ruolo del malato (sick role) (8), sulla sua limitata autonomia rispetto alla dominanza del medico. Una relazione terapeutica, quindi, fortemente asimmetrica a favore del medico, secondo un modello di tipo paternalistico in cui al paziente non rimane che la possibilità di affidarsi totalmente al professionista. A seguito dei mutamenti di scenario, cui si è fatto brevemente cenno, il dibattito si è spostato sul riconoscimento di più ampi livelli di autonomia del malato e di una sua crescente attivazione. La relazione di cura ha così acquistato nel tempo una maggiore uguaglianza di potere al suo interno e il paziente ne è diventato un interlocutore attivo. Attualmente, per descrivere le caratteristiche della relazione medico-paziente, si sostiene l'idea della centralità del paziente, della sua attivazione e compartecipazione nel processo di cura attraverso la costruzione di un'alleanza terapeutica basata sulla condivisione e sulla negoziazione piuttosto che sulla delega fiduciaria. Spinsanti (9) sostiene che ci si trova di fronte ad un cambio vero e proprio di paradigma, una rivoluzione, che sancisce il superamento del modello della medicina di tradizione Ippocratica che chiedeva al medico di agire sul paziente con scienza e coscienza, ma in maniera completamente autoreferenziale. La relazione oggi, si muove secondo un registro molto differente, ma questi nuovi modelli di relazione sono veramente presenti nella pratica medica? Che cosa c'è di veramente nuovo nella relazione curante-curato? Quali squilibri e/o nuovi equilibri si sono costruiti?

Su questi interrogativi Il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche ha avviato una ricerca rivolta a comprendere quanto i medici abbiano, nella loro pratica clinica, percepito questo cambiamento e quanto e come si sia modificata la relazione terapeutica.

La relazione terapeutica medico-paziente

La cura intesa nella sua dimensione relazionale-simbolica sfugge alle definizioni e alle categorizzazioni e, secondo Curi (10), ciò che non può essere spiegato con gli strumenti classici del ragionamento scientifico (logos) può essere compreso attraverso il racconto (mithos). Nella mitologia, ad esempio, la Dea Cura, descritta dallo scrittore latino Egino (11) è la Dea dell'inquietudine che si adopera, per ordine di Saturno, di dare forma alla vita dell'uomo tenendo insieme corpo e spirito. Non c'è vita senza Cura, dunque l'inquietudine della Dea non è data unicamente dall'essere impegnata a dare forma alla vita, ma è data dal fatto che, anche se Dea, non è sovrana della durata della vita dell'uomo.

Se trasferiamo il mito nella realtà clinica si trovano interessanti somiglianze. La caratteristica primaria della relazione terapeutica sta nel fatto che le persone entrano in contatto con i medici o con i servizi sanitari per necessità ritenute primarie: quando

avvertono un bisogno cui non riescono a far fronte, quando si sentono in preda al dolore, quando avvertono sintomi di cui temono la portata e anche quando non accettano le trasformazioni che mente e corpo subiscono nel fluire del tempo. Si può dire che le richieste di aiuto vengono formulate ogni volta che la vita perde la forma nota o rassicurante o desiderata. Le cure contengono, secondo la Mortari (12), un carattere prevalentemente di necessità e il compito del curante è quello di essere pronto ad incontrare il bisogno e la richiesta dell'altro. Tutto questo comporta per chi cura, una fatica, un carico, tanto che si parla di "lavoro" di cura e di "presa in carico" del paziente. La cura però diventa in qualche misura impraticabile oltre che faticosa quando, sia chi cura, sia chi è curato hanno pretese irrealistiche o onnipotenti. L'Autrice (12), infatti, sostiene che deve esistere sempre una misura nella cura, un limite che richiede un equilibrio tra ciò che si può chiedere e ciò che si può dare. La possibilità per tutti gli attori coinvolti è quella di accettare il limite stesso del lavoro di cura, un limite che vede curante e curato costretti entrambi a fare i conti con la fragilità e la vulnerabilità tipiche della condizione umana (12). È il mancato riconoscimento di questa reciproca impotenza che compromette il rapporto e genera inquietudine. I vissuti che ne conseguono sono ansia, angoscia e spesso prevalgono sentimenti di frustrazione e di pericolo. Non si può, però, neanche ridurre il gesto della cura a una semplice prestazione che funziona secondo un'ottica prevalentemente di tipo procedurale e burocratico. Secondo Lingiardi (13), ad esempio, se si analizza il momento della diagnosi ci si accorge che lo stesso ha il carattere di un evento chiave in cui un esperto con una parola dice qualcosa che modifica il corso della vita dell'individuo o in meglio o in peggio.
Partendo da questa cornice di senso, la relazione medico-paziente può essere letta come una relazione terapeutica necessaria che comporta una ricerca di equilibri molto complessi fra i soggetti in relazione e, affinché si realizzi un buon incontro, devono essere messi in gioco molti ingredienti.

La ricerca

A partire da questi presupposti teorici e di contesto, dal 2017 al 2019 è stato formulato un breve questionario a domande aperte sottoposto a 157 medici della Regione Marche, dirigenti di struttura semplice o complessa, iscritti ai corsi di formazione manageriale per la sanità previsti dalla normativa italiana. I medici intervistati sono tutti dipendenti del Servizio Sanitario pubblico, di età compresa fra i 45 e 65 anni. Per la metodologia utilizzata i risultati non possono essere considerati come rappresentativi delle percezioni dei medici della Regione Marche, ma appaiono rilevanti come base per ricerche future e soprattutto per individuare strumenti operativi a sostegno della dimensione relazionale. Come si vedrà, infatti, la dimensione relazionale di cui stiamo parlando è considerata dai medici come significativa nei processi di cura, ma sicuramente di natura complessa e che

andrebbe pertanto monitorata, favorita e supportata.
Il questionario prevede tre domande aperte. In questo lavoro verranno presentati solo i dati relativi alle prime due centrate entrambe sul rapporto medico-paziente. Nella prima si fa ricorso all'uso della metafora che, grazie al suo potere evocativo, permette di avvicinarsi più facilmente al vissuto degli intervistati e capire come gli stessi si sentono dentro la relazione terapeutica. La metafora è una forma narrativa per immagini che, come ogni narrazione, coglie la natura, "drammatica" di un evento e non solo il qui e ora (14). La formula esatta della domanda è la seguente: *"Pensando alla sua esperienza professionale, come descriverebbe, mediante una metafora, l'attuale relazione medico-paziente- famiglia?"* Con la seconda domanda si intende esplorare le attese che i medici hanno in merito ai comportamenti dei pazienti che si approcciano in maniera "attiva" nell'incontro con loro: *"A suo parere, quali dovrebbero essere i comportamenti di un paziente che si pone in modo attivo nel percorso di cura? .*

Analisi dei risultati: le metafore

Lo schema interpretativo per leggere le metafore indicate dai medici nelle risposte alla prima domanda prende spunto dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (15) e dalla psicologia delle relazionali oggettuali di Winnicot (16). Entrambi gli approcci descrivendo la relazione madre-bambino offrono un quadro di lettura estendibile, in genere, a tutte le relazioni umane impegnate in compiti di cura. Le cure materne e le cure professionali hanno registri differenti, ma anche similitudini importanti di cui si dibatte ampliamente nella letteratura psicologica. Utilizzando questi approcci si può misurare, da una parte, il valore attribuito al rapporto terapeutico e, dall'altra, le dinamiche che conseguentemente si attivano. Entrando nello specifico si sono individuati tre stili relazionali: la relazione sicura, la relazione insicura, la relazione caotica e ad ognuno degli stili si è aggiunta una definizione che riguarda la dimensione emotiva che ne deriva: sufficientemente buona, infelice e impraticabile.

1. **La relazione sicura/ sufficientemente buona** è una relazione ritenuta indispensabile per il lavoro clinico e di natura soddisfacente per il curante. Nello scambio relazionale, ruoli, responsabilità e funzioni sono differenti, ma interdipendenti. Il termine "sufficientemente buona" è un termine con il quale Winnicot descrive una sana relazione di accudimento materno.
2. **La relazione insicura/infelice** è una relazione ricercata perché ritenuta un dispositivo utile per il buon andamento del lavoro clinico, ma, nel contempo, risulta frustrante e non facile da sostenere perché troppo imprevedibile. L'elemento d'imprevedibilità sulla tenuta della relazione rende l'alleanza terapeutica non sempre affidabile, insicura appunto, quindi faticosa e a volte anche rischiosa.
3. **Relazione caotica/impraticabile** è una relazione ritenuta impraticabile, perché

eccessivamente conflittuale e disorganizzata tanto da rappresentare una vera e propria minaccia da cui si è costretti a difendersi (si pensi alla medicina difensiva). Il caos è dovuto all'assenza totale di regole in merito a ruoli, responsabilità e funzioni.

Sono state inserite nella **relazione sicura/sufficientemente buona** le metafore che fanno riferimento 1. al funzionamento degli ingranaggi di una macchina: *"potremo identificare questo rapporto come un ingranaggio dove ogni singola ruota deve far muovere l'altra e viceversa", "nel mio servizio è un dispositivo operativo-terapeutico: un ingranaggio della macchina terapeutica"*; 2. al gioco di squadra: *"medico-paziente-famiglia sono come il team di una staffetta in cui ognuno ha il suo ruolo, il suo percorso, ma si corre insieme per la stessa meta"*; 3. al viaggio o alla navigazione per mare: *"per le patologie più gravi di cui mi occupo un viaggio in continua evoluzione"*, *"come una barca a vela in navigazione"; 4. ai patti di alleanza: "cavalieri di una tavola rotonda con pari dignità su ruoli diversi", "sistema integrato"*; 5. alla forma del cerchio: *"cerchi concentrici"*, *"cerchio: medico-paziente-famiglia"*. Per descrivere questo stile di funzionamento relazionale i medici hanno utilizzato, quindi, metafore che evocano immagini di armonia fra le persone che, pur nella loro diversità di ruoli e funzioni, sono legate da un destino comune: prendersi cura del paziente.
Sono rientrate in questo stile relazionale 47 risposte pari al 30% del totale (vedi tab.n1).

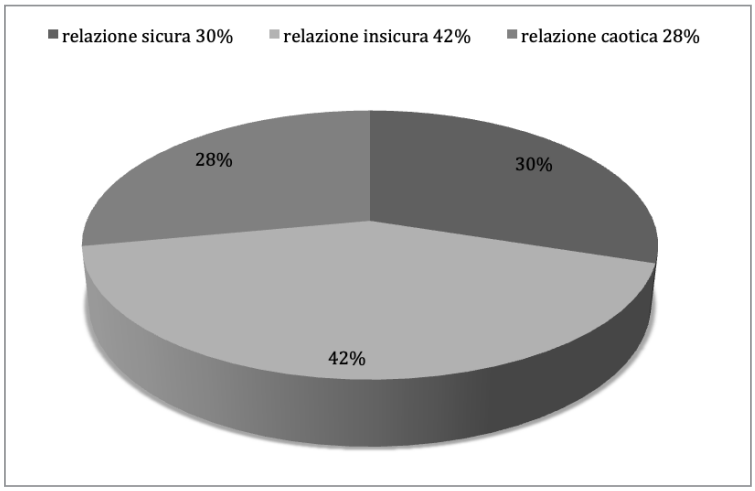


Tabella 1 - Le metafore

Nella **relazione insicura/infelice s**ono state inserite le metafore che fanno riferimento 1. alla difficoltà di comunicazione: *"emittente-ricevente (questo è quello che vorrei) la realtà ha interrotto il diagramma del flusso"*, *"qualche volta un amore incompreso per fortuna gli "amori incompresi" sono pochi perché sono sempre distruttivi"*; 2. alla possibilità di

fraintendimenti: *"incrocio stradale con indicazioni poco chiare", "rematori della stessa barca che a volte non remano a tempo e non remano nella stessa direzione"*; 3. alla scarsa fiducia o perdita di complicità: *"inquilini dello stesso condominio che cercano un accordo sebbene con diffidenza", "come quella con un "negozio di fiducia" dove si ordinano merci (farmaci) e si scambiano rapporti confidenziali, ma non più intimi"*; 4. all'imprevedibilità: *"relazione di confronto continuo con lo scontro dietro l'angolo", "variabile molto variabile, come il tempo"*; 5. alla fatica di lasciarsi andare: *"un dialogo tra persone timide e sospettose che si studiano nutrendo speranze e coltivando delusioni", "un percorso spesso in salita che però a volte trova un'oasi di ristoro"*. In queste descrizioni trapela chiaramente la difficoltà dei medici di sentirsi a proprio agio nella relazione con il paziente. Il legame fiduciario non è scontato, ma è ricercato e costruito anche se la sua tenuta non è vissuta come affidabile o stabile. Sono rientrate in questa tipologia 65 risposte pari al 42% del totale (vedi tab.n1).

Infine per quanto concerne **la relazione caotica/impraticabile** le metafore inserite fanno riferimento 1. al linguaggio bellico: *"Berlino ovest - Berlino est ai tempi del muro", "guardinga attesa prima della battaglia", "trincea della prima guerra mondiale"*; 2. alla perdita del governo della situazione: *"burrasca emotiva di gruppo", "vigile urbano che dirige il traffico nel caos interno di Roma con un incidente in corso"*; 3. alle situazioni di estremo pericolo: *"attualmente una barca senza timoniere in un mare in tempesta", "una zattera nel mare in tempesta", "tra incudine e martello"*; 4. alle situazioni di disagio estremo: *"difficile una sola metafora. Oscillerei tra uno scontro di ricci e meduse fino a un incontro tra assediati", "una spada di Damocle sulla testa del medico", "si sta come d'autunno sugli alberi le foglie"*. Queste immagini evocano scenari insidiosi e climi in cui la conflittualità è sempre presente, dove si raggiungono livelli di scontro o di ingovernabilità sicuramente elevati. Sono rientrate in questa tipologia 44 risposte pari al 28% del totale (vedi tab.n1).

La relazione insicura/infelice raccoglie il valore percentuale più alto e indica, secondo la griglia interpretativa utilizzata, che il 42% degli intervistati ritiene che la relazione medico-paziente sia a tutt'oggi un dispositivo valido, ma nel contempo vissuto in maniera poco soddisfacente. Vivono la relazione terapeutica in maniera soddisfacente il 30% degli intervistati, mentre la stessa risulta addirittura insidiosa per il 28%. Il 70% dei medici intervistati vive, dunque, con un grado più o meno alto di affanno il rapporto con il paziente.

Le percentuali attribuibili agli stili relazionali si modificano leggermente se si leggono i dati in base al tipo di specializzazione medica. Le specializzazioni considerate sono: la chirurgia, la psichiatria/neurologia e la medicina d'emergenza-urgenza (vedi tab.2). Per i chirurghi la relazione sicura ottiene la percentuale più alta (il 36%), a seguire la relazione insicura (il 33%) e la caotica (il 30%). Per gli psichiatri-neurologi e per i medici della medicina d'emergenza-urgenza la percentuale più alta (42%) riguarda la relazione insicura/infelice.

Specialità medica	Relazione sicura	Relazione insicura	Relazione caotica
Chirurghi	36%	33%	30%
Psichiatri e neurologia	33%	42%	25%
Medici urgenza-emergenza	21%	42%	37%

Tabella 2- Tipi di relazione e specialità mediche

Analisi dei risultati: il paziente attivo

L'intenzione della seconda domanda è quella di cogliere le percezioni dei medici in merito al comportamento attivo dei pazienti e al tipo di aspettative che gli stessi professionisti hanno nei riguardi di ciò che deve accadere nella relazione. Per analizzare i risultati della seconda domanda si è usato lo schema interpretativo di Emmanuel e Emmanuel (17) che distinguono quattro modelli di interazione medico-paziente : modello paternalistico, informativo, interpretativo, deliberativo.

1. **Modello paternalistico**: il medico agisce per il bene del paziente come se fosse il suo "custode", il malato deve fidarsi e affidarsi alla sua professionalità, quindi il malato è privo di effettiva autonomia e il suo compito è unicamente quello di non intralciare il lavoro del medico, di essere, come si usa dire, collaborativo.
2. **Modello informativo**: il medico è un "informatore" che offre al cliente tutte le informazioni necessarie affinché egli possa fare le scelte appropriate per far fronte alla sue necessità. Nel caso che il paziente non sia autonomo, per motivi di età o per tipologia di patologia, sarà il familiare caregiver che dovrà fare le scelte in sua vece. Dovrà essere, dunque, lui stesso o chi per lui, a decidere, sulla base delle proprie convinzioni e dei propri valori, il percorso di cura. Questo modello che apparentemente è all'estremo opposto del modello descritto precedentemente, in realtà non ne cambia la sostanza perché altro non è che un passaggio della delega dal medico al paziente.
3. **Modello interpretativo**: il medico è un "consulente" che favorisce il dialogo e propone diverse possibilità di scelta. L'autonomia del paziente si esprime nel processo di "autoconoscenza" e di consapevolezza che si sviluppano attraverso la relazione terapeutica.
4. **Modello deliberativo**: il medico accompagna il paziente nel selezionare le scelte più

utili sul piano clinico e al tempo stesso più coerenti con l'orientamento del malato. Il professionista si responsabilizza insieme al paziente e lo accompagna lungo il processo di cura, in tal caso agisce come un "maestro e/o amico" con l'obbiettivo di aiutare il paziente a sviluppare la propria autonomia.

Nel modello paternalistico si sono inserite le risposte in cui 1. vengono utilizzati termini come rispetto, fiducia e disponibilità: *"il paziente deve essere disponibile e rispettoso del lavoro e della professionalità del medico. Il paziente e i familiari devono avere fiducia, non devono sostituirsi al medico"*; 2. si richiede la non ingerenza sul lavoro del medico: *"secondo me il paziente che si muove in modo attivo nel percorso di cura non dovrebbe prevaricare le figura e le competenze di un medico, perché rende complicato tutto il percorso e anche la sua cura"*; 3. si richiama il paziente alla stima e alla diligenza: *"rispetto del medico, fiducia e stima, diligenza e serietà nei confronti delle indicazioni terapeutiche"*. I medici rivendicano la compliance del paziente, il rispetto e la fiducia come prerequisiti per la cura e non come eventuali obbiettivi da raggiungere e da costruire insieme al malato. Il verbo dovere nella forma imperativa è il verbo più usato in queste definizioni. Il modello paternalistico ottiene la percentuale più alta delle risposte, pari al 30% (tab.3).

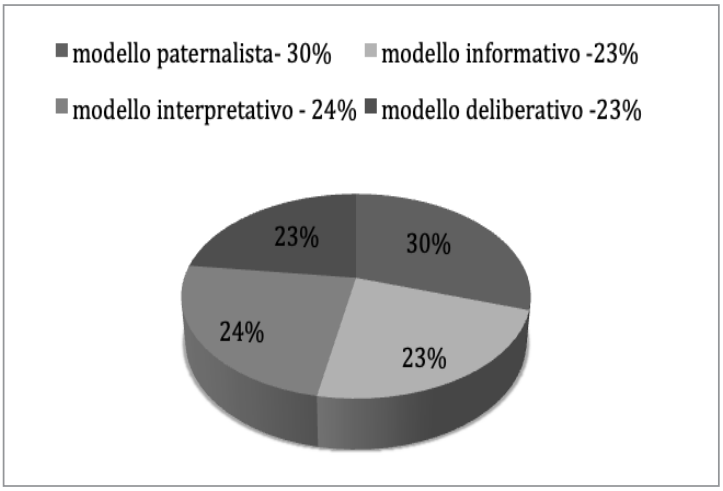


Tabella 3- Modelli di relazione

Nel modello **informativo** sono state inserite le definizioni in cui 1. il paziente è chiamato a fare domande e cercare le informazioni per riuscire così a scegliere in piena autonomia: *"il paziente dovrebbe ASCOLTARE il medico, CHIEDERE tutte le informazioni necessarie alla comprensione della sua malattia e del trattamento proposto e DECIDERE, insieme alla famiglia, se accetta il trattamento proposto"* ; 2. il paziente deve raccogliere più informazioni e più pareri: *"richiesta di informazioni precise, ricorso a secondi pareri in ogni caso in cui persistano dubbi e incertezze"*. In questo modello non c'è partecipazione da parte del medico

alla formulazione delle decisioni sul percorso diagnostico-terapeutico tanto che si suggerisce ai pazienti, in caso di dubbi o incertezze, di rivolgersi ad altri professionisti prima di prendere la propria decisione. Il modello informativo ha ottenuto il 23% delle risposte (vedi tab.3).
Nel modello **interpretativo** sono state inserite le risposte in cui 1. il medico interagisce con il paziente per aiutarlo a conoscere la sua malattia, attraverso la discussione e il confronto: *"il paziente deve essere aiutato a comprendere la malattia, conoscere le possibili complicazioni, discutere le possibili opzioni terapeutiche"*; 2. al paziente si richiede di diventare consapevole della sua condizione e responsabile delle sue scelte: *"consapevole della propria patologia e decisionista sulle proposte del medico, consapevole dei rischi e dei benefici"*. È evidente in questo modello che il compito del medico è quello di aiutare il paziente ad attivare processi di autoconoscenza sul suo stato e su i suoi bisogni e quindi diventare consapevole nelle scelta dei trattamenti e nell'aderenza alle cure. Il modello interpretativo ha ottenuto il 24% delle risposte (vedi tab.3).
Infine, nel modello **deliberativo** sono state inserite le affermazioni che fanno riferimento 1. alla compartecipazione dei pazienti e dei familiari nei processi decisionali: *"il paziente e la famiglia dovrebbero essere inseriti nell'alveo decisionale e coinvolti nel processo di cura"*; 2. alla condivisione dei percorsi: *"andrebbe sviluppato il modello di alleanza terapeutica che si basa su reciproca fiducia in modo costruttivo. Questo consentirebbe un percorso diagnostico-terapeutico personalizzato"*. La compartecipazione e la condivisione in questo modello sarebbero, secondo i medici, necessarie per la costruzione di percorsi di cura personalizzati e il ruolo del curante è quello di affiancare il paziente, di accompagnarlo. Il modello deliberativo ha ottenuto il 23% delle risposte (vedi tab.3).
I dati raccolti indicano che il modello più tradizionale mantiene una buona posizione registrando la percentuale più alta (30%) fra i quattro modelli utilizzati nella ricerca. Se si considera, però, che il modello informativo non si discosta molto dal modello paternalistico si ricava che il 53% dei medici intervistati è legato a una visione ancorata al paradigma ippocratico (9). Tuttavia il modello deliberativo, ritenuto il più innovativo, ottiene una discreta percentuale (23%), ma è descritto attraverso l'uso del condizionale più che dell'indicativo.
Conteggiando le percentuali in base alle specialità mediche (vedi tab.4) si trova che fra i chirurghi il maggior numero di risposte è concentrato nel modello informativo (33%), mentre la percentuale più bassa si colloca nel modello deliberativo (12%). Per gli psichiatri-neurologi la percentuale più alta si colloca nel modello deliberativo (36%). I medici della medicina dell'emergenza-urgenza raggiungono la percentuale più alta nel modello paternalistico (42%). Le oscillazioni dei valori percentuali in base alle specialità medica indicano, in maniera abbastanza coerente, come il tipo d'intervento clinico e l'ambito di competenza dei professionisti incidano sulla percezione della autonomia del paziente e sulla possibilità di coinvolgerlo attivamente nel percorsi di diagnosi e cura (8).

Specialità medica	Modello paternalistico	Modello informativo	Modello interpretativo	Modello deliberativo
Chirurghi	33%	30%	24%	12%
Psichiatri e neurologi	32%	14%	18%	36%
Emergenza-urgenza	42%	21%	21%	16%

Tabella 4 - Modelli di relazione e specialità mediche

Conclusioni

I risultati di questo lavoro sembrano indicare un rapporto terapeutico che crea una certa inquietudine e/o sofferenza nei clinici. Le difficoltà maggiori si ritrovano nella ricerca di nuovi equilibri in merito al cambiamento di posizione che ha assunto il paziente nella relazione e quindi nel passaggio da una relazione asimmetrica, basata sulla dominanza medica, a una relazione di tipo simmetrico. Il cambiamento di prospettiva che tutto questo comporta è in buona parte acquisito come principio, ma è ancora difficilmente tradotto nella pratica clinica. Va comunque ricordato che non si può addossare solo ai medici la responsabilità di mettere in atto nuove pratiche di cura, poiché la cornice di contesto in cui avviene l'incontro fra curante e curato non è privata o di tipo privatistico, ma riguarda l'intero sistema pubblico delle cure. L'organizzazione attuale dei servizi sanitari è fortemente centrata su modelli meccanicistici di tipo tecnico-burocratico, in cui il lavoro di cura è regolato da protocolli procedurali di tipo prestazionale e cronometrati su tempi definiti prioritariamente in termini di efficienza e abbattimento dei costi. Inoltre l'ingresso nella pratica clinica delle moderne tecnologie ha progressivamente allontanato lo sguardo e l'occhio del clinico dal corpo del malato e dall'ascolto della sua storia, contribuendo a indebolire il rapporto fiduciario fra medico e paziente (18). Il recupero da parte dei clinici della dimensione relazionale della cura potrebbe permettere di prevenire il rischio di una frattura insanabile della relazione medico-paziente e del conseguente aumento della conflittualità fra individui. Tuttavia riportare al centro dell'analisi il complesso legame tra medico e paziente va comunque letto in una cornice di contesto che va oltre i soggetti in causa e che chiama in gioco l'organizzazione sanitaria, la formazione dei clinici e l'impatto delle nuove tecnologie nella pratica clinica oltre alla necessità di recuperare spazi operativi volti all'educazione terapeutica dei pazienti, specialmente nelle cure a lungo termine.

Per concludere riportiamo il pensiero di Rita Charon (19) che ci indica una strada da

percorrere. L'Autrice afferma che la medicina narrativa, cioè una medicina esercitata con competenze narrative, si sintonizza con il paziente ed è corroborante per il professionista e non trattandosi di un approccio solo ideale di assistenza sanitaria, ma dotato anche di un insieme di strumenti pratici, è sicuramente una buona strategia d'intervento per una buona medicina.

Bibliografia

1. Màrai S. La sorella. Milano: Adelphi; 2006.
2. Bateson G. Verso una Ecologia della mente. Milano: Adelphi; 1977.
3. Fruggeri L. Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psico-sociali. Roma: Carocci; 1977.
4. Lusardi R, Manghi S. I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura. In: Vicarelli G (a cura di). Cura e salute. Roma: Carocci; 2013.
5. Bury M. Chronic illness as a biographical disruption. Sociology of Health Illness 1982; 13: 451-68.
6. Vicarelli G. Verso nuove configurazioni di benessere. In: Vicarelli G (a cura di). Cura e salute. Roma: Carocci; 2013.
7. Medi M T. Il Family Learnig come snodo per reti di integrazione sociosanitaria. Salute e Società 2015; 3: 131-146.
8. Vicarelli G. Da malato a cittadino un percorso sociologico. In: Vicarelli G (a cura di). Oltre il coinvolgimento. L'attivazione del cittadino nelle nuove configurazioni di benessere. Bologna: Il Mulino; 2016.
9. Spinsanti S. La medicina salvata dalla conversazione. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2018.
10. Curi U. Le parole della cura, medicina e filosofia. Milano: Raffaello Cortina; 2017.
11. Igino, Miti. Milano: Adelphi; 2000.
12. Mortari L. Filosofia della cura. Milano: Raffaello Cortina; 2015.
13. Lingiardi V. Diagnosi e destino. Torino: Einaudi; 2018.
14. Giarelli G, Good B J, Del Vecchio M J, Martini M, Ruozi C. Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenza: l'integrazione possibile. Milano: Franco Angeli; 2005
15. Bowlby J. Una base sicura. Applicazioni cliniche della Teoria dell'Attaccamento. Milano: Raffaello Cortina; 1996.
16. Winnicot D W. I bambini e le loro madri. Milano: Raffaello Cortina; 1987.
17. Emanuel E J, Emanuel L L. Four Models of the Physician-patient Relationship. Jama 1992; 16: 2221-26.
18. Bronzini M. Il vissuto ambiguo della cronicità. In Bronzini M (a cura di). Vissuti di malattia e percorsi di cura. La sclerosi multipla raccontata dai protagonisti. Bologna: Il Mulino; 2016
19. Charon R. Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti. Milano: Raffaello Cortina; 2019

Conflitti di interessi dichiarati: *nessuno*