

Università degli Studi di Parma

Dottorato di Ricerca in Psicologia Sociale
XX Ciclo

COMUNICAZIONE E PROCESSI DI CURA
Il ruolo della comunicazione nella relazione medico-paziente

Coordinatore:
Chiar.mo Prof. Laura Fruggeri

Tutor:
Chiar.mo Prof. Gianfranco Secchiaroli

Dottoranda: Catia Ghinelli

Anno Accademico 2008/2009

Ho un enorme debito verso moltissime persone.

Tutte hanno consentito che io potessi usufruire dell'occasione impegnativa e arricchente di condurre questa ricerca e di approfondire un tema che per me è stato oltremodo importante e stimolante.

So che non sarò mai in grado di sdebitarmi.

Sono in debito soprattutto con il professor Secchiaroli che ha pazientemente seguito il mio "peregrinare" tra le dinamiche di processi complessi e che mi ha dolcemente ricondotta su vie più feconde e "salubri" quando mi perdevo nei vicoli ciechi. Che ha stimolato continuamente la mia ricerca con interessanti quanto indispensabili suggerimenti e che mi ha insegnato a fare un po' meglio la ricerca qualitativa.

Un grazie a Chiara Foà che c'era quando ho avuto bisogno dei suoi utilissimi consigli.

Sono in debito anche con Dante Comelli, Paola Vandelli e Laura Fruggeri che mi hanno offerto questa occasione di crescita e di sviluppo personale e che non mi hanno persa di vista per tutta la durata della mia avventura.

Sono molto in debito con la mia famiglia che di tanto in tanto ha collaborato suo malgrado alla realizzazione del mio lavoro ma che soprattutto mi ha sopportata (oltre che supportata) in tutti questi anni. Sono altresì in debito con i colleghi dell'ospedale che hanno fatto altrettanto.

Sono infine profondamente e in modo non retorico debitrice verso i medici e i pazienti del Policlinico che in un modo straordinariamente generoso e stimolante hanno aderito alla ricerca con l'idea, presumo, di aiutare, oltre che la sottoscritta, i tanti altri medici e pazienti che ogni giorno si impegnano gli uni con gli altri per combattere nel modo il più possibile coeso la malattia, la paura e la sofferenza.

A tutti va il mio più sentito ringraziamento.

C. G.

| | |
|--|----------|
| Introduzione | pag. I |
| 1. Lo studio della comunicazione: teorie e modelli | |
| 1.1 Teorie "classiche" della comunicazione | pag. 1 |
| 1.2 I modelli interattivi | pag. 2 |
| 1.3 Approcci dialogici alla comunicazione | pag. 3 |
| 2. La comunicazione in medicina: ambiti di ricerca e tendenze | |
| 2.1 Lo studio della relazione tra medico e paziente | pag. 9 |
| 2.2 Gli studi sul rapporto tra comunicazione e soddisfazione del paziente | pag. 13 |
| 2.3 Studi riguardanti il rapporto tra comunicazione e aderenza ai trattamenti terapeutici | pag. 17 |
| 2.4 Le competenze comunicative del medico nella Medicina Centrata sul Paziente: la formazione alla comunicazione e gli studi sull'efficacia dei programmi di addestramento | pag. 20 |
| 2.5 Lo studio del processo comunicativo: la conversazione, il discorso, l'interazione | pag. 26 |
| 3. La ricerca | |
| 3.1 Obiettivi e articolazione della ricerca | pag. 37 |
| 3.2 Strategie di indagine: metodi qualitativi e metodi quantitativi | pag. 42 |
| 3.3 Studio 1: L'interazione comunicativa tra medico e paziente: dinamiche e processi | |
| 3.3.1 Analisi delle videoregistrazioni mediante il RIAS (Roter Interaction Analysis System) . | pag. 47 |
| 3.3.1.1 Obiettivi | pag. 47 |
| 3.3.1.2 Lo strumento di analisi adottato | pag. 47 |
| 3.3.1.3 Risultati | pag. 53 |
| 3.3.1.4 Discussione | pag. 64 |
| 3.3.2 Analisi qualitativa delle videoregistrazioni | pag. 73 |
| 3.3.2.1 Obiettivi | pag. 73 |
| 3.3.2.2 La procedura di analisi seguita | pag. 74 |
| 3.3.2.3 Risultati | pag. 76 |
| a) Le visite mediche oncologiche | pag. 77 |
| b) Le visite mediche cardiologiche | pag. 110 |
| c) Le visite mediche chirurgiche | pag. 147 |
| 3.3.2.4 Discussione | pag. 171 |
| 3.4 Studio 2: Il rapporto medico-paziente e il ruolo della comunicazione nelle rappresentazioni dei medici | |
| 3.4.1 Obiettivi | pag. 181 |
| 3.4.2 I medici coinvolti | pag. 182 |
| 3.4.3 Lo strumento di indagine | pag. 184 |
| 3.4.4 Analisi delle interviste mediante il programma Atlas-ti | pag. 187 |
| 3.4.5 Risultati | pag. 188 |
| 1) Dimensioni delle rappresentazioni dei medici e loro articolazione | pag. 188 |
| 2) I due profili del medico: il medico centrato sulla malattia e il medico centrato sulla persona | pag. 219 |
| 3) Confronti tra sotto-gruppi di medici: genere, specialità praticata, anzianità di servizio | pag. 238 |
| 4) Modelli di relazione medico-paziente | pag. 252 |
| 3.4.6 Discussione | pag. 260 |
| Conclusioni | pag. 265 |
| Bibliografia | pag. 275 |
| Appendice | pag. 285 |
| Allegato 1. Categorie di codifica del RIAS | pag. 287 |
| Allegato 2. Traccia di intervista | pag. 293 |

INTRODUZIONE

Nell’Iliade di Omero è narrato l’episodio che possiamo considerare l’esempio del primo e fondante atto di relazione tra medico e paziente. Nel suo libro Alberto Merini (1993) ne descrive efficacemente la portata e le implicazioni: durante una grande battaglia fra Troiani e Achei (nella quale questi ultimi stanno avendo la peggio anche a causa di un improvviso quanto nefasto intervento di Zeus) si assiste ad un incontro che presenta tutti quegli aspetti che caratterizzano una buona relazione terapeutica ed un corretto intervento: si tratta dell’incontro tra Euripilo e Patroclo. In questo episodio il coraggioso Eroe Euripilo è stato colpito da una freccia alla coscia e zoppicando si sta ritirando dalla battaglia quando incontra Patroclo che a sua volta sta correndo al campo dei greci per recuperare e portare in battaglia le bellissime armi di Achille e mutare così le sorti della battaglia stessa. Patroclo a quel punto vede Euripilo sanguinante e dolorante e – narra Omero – «ne ebbe pietà». Euripilo chiede aiuto a Patroclo, gli chiede, cioè, di condurlo al sicuro sulla nave, di togliergli la freccia e di detergergli la ferita con acqua tiepida, di spalmare i farmaci che alleviano il dolore, i buoni farmaci insegnatigli da Achille che li apprese, a sua volta, dal sapiente centauro Chirone.

Euripilo sapeva che Patroclo era a conoscenza dell’uso dei farmaci, ovvero dei rimedi naturali disponibili a quel tempo: egli si rivolse dunque a Patroclo con fiducia, per essere curato. Quest’ultimo, nonostante la confusione della battaglia e le pressioni dei concitati avvenimenti, rispose a Euripilo con la bella frase: «... *non lascerò te, così sofferente*». Disse questo «... *e cingendolo al petto, condusse alla sua tenda il condottiero di eserciti (...) e qui lo mise a giacere, Patroclo, incise la coscia con il pugnale ed estrasse la freccia acuta ed amara, poi con acqua tiepida deterse il sangue nero e spalmò, dopo averla spremuta, un’aspra radice che alleviava il dolore, ed essa gli tolse ogni pena*».

Con le sue parole Patroclo accetta da una parte la “funzione salvifica del medico” e contemporaneamente si rivolge a Euripilo “in quanto uomo, persona che soffre” (Merini, 1993, p. 14). Patroclo, infine, assume su di sé la sofferenza del compagno, la sua angoscia, la sua paura della morte, e così facendo la attenua, la allevia e la rende sopportabile. Il mezzo con cui questa operazione, vale a dire la presa in carico e la rassicurazione, può avere luogo

sono al contempo le parole di Patroclo e le sue azioni (le parole “non lascerò te così sofferente” e il cingere al petto l’Eroe ferito, sostenerlo fisicamente e condurlo nella propria tenda per curarlo): è, in una parola, la comunicazione.

Da molto tempo dunque, come testimonia Omero, l’atto medico è anche – e soprattutto – un atto di comunicazione. Nonostante la continua evoluzione, avvenuta soprattutto sul versante della tecnica (mano a mano, cioè, che si accumulavano le conoscenze circa il funzionamento del corpo umano e più in generale circa le regole della Natura) il rapporto tra l’ammalato e il suo curante si è configurato nel tempo come rapporto in cui l’aspetto relazionale e interpersonale (prima ancora che tecnico) costituisce una componente fondante la disciplina medica stessa. Lungo il corso della storia in occidente, almeno fino al secolo dei lumi, quella relazionale è sempre stata, dunque, una componente fondamentale piuttosto che una componente accessoria del rapporto tra medico e paziente.

Solo con l’avvento della medicina moderna (e con i cambiamenti avvenuti nella moderna società occidentale, cambiamenti che hanno modificato anche altre forme di rapporto tra gli Umani – ad esempio nella famiglia, tra le generazioni, tra i sessi, ecc.), si sono modificati i fondamenti della disciplina: oggi l’oggetto dell’atto medico è l’atto tecnico di cura del corpo malato, del corpo composto da organi che si sono ammalati e che per questo hanno perso la loro funzionalità (Cavicchi, 2004).

La storia del rapporto tra medico e paziente è dunque lunga e per questo la letteratura che la riguarda è già molto ricca. Tale rapporto è stato infatti analizzato da punti di vista molto interessanti e soprattutto vari: dal punto di vista storico, ma anche antropologico e sociologico nonché, infine, dal punto di vista psicologico. Non è nostra intenzione certamente ripercorrere l’intera “tormentata storia del rapporto medico-paziente” (Shorter, 1986), tuttavia illustreremo brevemente alcune caratteristiche della medicina moderna (e del suo paradigma filosofico, ovvero epistemologico, di riferimento), così come esse sono descritte dagli esperti di sociologia che se ne sono occupati: tali caratteristiche possono infatti fornire utili riferimenti per comprendere i cambiamenti in atto nella pratica medica, ivi inclusi gli aspetti comunicativo-relazionali dell’incontro tra medico e paziente (Guizzardi, 2004; Cavicchi, 2004).

(1) Vi è innanzitutto il costante progresso della tecnica e della tecnologia che ha determinato evidenti miglioramenti nella cura delle malattie. La medicina è diventata sempre più scientificamente e tecnicamente affidabile, consentendo la realizzazione di interventi un tempo impensabili, quali ad esempio il trapianto d’organi, gli interventi consentiti

dall'ingegneria genetica e dalla microchirurgia. (2) A questo progresso è corrisposto, a livello organizzativo, un ripensamento delle modalità di erogazione dei servizi sanitari e delle modalità per amministrarli, modalità sempre più improntate ad un sapere medico “*evidence based*”: si tratta della cosiddetta aziendalizzazione, con i conseguenti cambiamenti riguardanti obiettivi e metodi e con l'introduzione dei principi di economicità, standardizzazione procedurale, parcellizzazione delle competenze, astrattezza dei ruoli e delle relazioni. (3) Ancora, e in parte in virtù di quanto è avvenuto in relazione a questi primi due fattori, è andato modificandosi il rapporto specifico dei pazienti con l'intero apparato della medicina e delle professioni di cura. In particolare sono andati sviluppandosi, negli ultimi anni, movimenti dei pazienti (evidente effetto di una sensibilizzazione collettiva verso il diritto alla salute) che presentano nuove e forti istanze riguardanti il genere di rapporto desiderato tra medico e paziente, più paritario e partecipativo. Questo cambiamento è perfettamente in linea con il diverso genere di rapporto, meno simmetrico (e viceversa più complementare), che in generale i consumatori di servizi (ivi inclusi, dunque, i servizi sanitari) hanno con gli erogatori di quei medesimi servizi. (4) Questo diverso tipo di rapporto, che ha a che vedere con una certa “democratizzazione” dei rapporti tra utenti e agenzie di servizi, è influenzato, infine, da una nuova disponibilità e diffusione dell'informazione biomedica attraverso i mezzi di comunicazione di massa (soprattutto i giornali e le televisioni ma anche il più recente e “potente” internet).

Oggi la tecnica e la tecnologia, nonché le altre trasformazioni sociali e culturali già brevemente illustrate, hanno dunque modificato la relazione e la comunicazione tra tutti gli attori coinvolti nell'atto medico. Questo problema è talmente importante e sentito che moltissimi autori si sono occupati e si occupano di esso da molteplici punti vista (Parsons, 1951; Szasz e Hollender, 1956; Balint, 1970; Shorter, 1986; Merini, 1993; Benvenuti, 2000; Cavicchi, 2004; Manghi e Tomelleri, 2004). Ciò che soprattutto interessa a questo proposito sono le ripercussioni di questi cambiamenti epocali sulla pratica della medicina, sui vissuti e sugli agiti di medici e pazienti.

Un'interessante quanto recente ricerca (Manghi e Tomelleri, 2004; Manghi, 2005) svolta con medici sia ospedalieri che territoriali ha consentito di rilevare, ad esempio, le immagini ed i vissuti che i medici hanno circa la propria professione e pratica professionale in relazione proprio a questi importanti cambiamenti sociali. Dallo studio emerge che il sistema oggi si confronta innanzitutto con l'incalzante progresso tecnologico e con il proliferare degli

specialismi. Questo continuo e straordinario progresso ha modificato infatti il modo di agire e di concepire la professione, nonché le aspettative dei pazienti e la loro domanda di “specialismi”, sempre più incalzante e irrealistica, domanda legata all’idea del controllo quasi onnipotente dei sintomi e delle patologie e dunque all’idea di vittoria sulla morte. Specialismi così esasperati inducono i pazienti a peregrinazioni da un medico all’altro e da un sapere ad un altro. In questo modo anche la comunicazione diviene, oltre che estremamente tecnica, molto frammentata. Molti medici, ma ancora di più i pazienti, sembrano pertanto soffrire della mancanza di un rapporto in cui possano essere ricomposti i frammenti (esami, visite, informazioni) dei vari specialismi e dunque ricomposta la storia personale se non addirittura il corpo della persona. Questo compito sembra spettare soprattutto al medico che si trova così a contenere le ansie di pazienti frastornati e a indirizzarli nelle varie fasi del processo di cura (Manghi e Tomelleri, 2004).

I recenti processi di aziendalizzazione che hanno coinvolto gli ospedali italiani sono vissuti dai medici come ulteriori ostacoli alla pratica professionale e alla comunicazione con il paziente. «I risultati positivi dell’aziendalizzazione – riduzione delle liste d’attesa, abbreviazione delle degenze, diffusione dei protocolli di cura, contenimento degli sprechi, prime forme di assistenza integrata sul territorio, ecc. – hanno portato con sé una forte intensificazione dei ritmi di lavoro, una mole crescente di adempimenti amministrativi e un progressivo “sfilacciamento” dei rapporti» (Manghi e Tomelleri, 2004, p. 51). Il maggior controllo tecnico e amministrativo sui vari segmenti dei processi di cura alimenta pertanto, forse paradossalmente, le difficoltà relazionali e comunicative. Il medico anche in questo ambito sembra ricoprire un ruolo di mediatore e di guida per il paziente in un ambiente eccessivamente complesso nel quale i pazienti possono disorientarsi e che rischia al contempo di svincolare la performance e la scelta dalle personali capacità cliniche del medico e dalle sue competenze decisionali.

Un terzo fenomeno che ha modificato e sta modificando la pratica della medicina e il rapporto tra medico e paziente è la crescente sensibilizzazione collettiva verso il diritto alla salute a cui si è già accennato. Sempre più i pazienti vivono la salute e la cura come un diritto di ciascuno e questo ha un forte impatto sul rapporto di fiducia che si crea tra medico e paziente (specie laddove questo diritto venga espresso in termini di sfida al medico o come espressione di sfiducia nei suoi confronti, e laddove esso esprima attese irrealistiche e aspettative irraggiungibili). La fiducia nel medico non è più un qualcosa di dato a priori e di scontato: essa viene oggi negoziata in una relazione paritaria tra medico e paziente che non era prevista dal modello medico tradizionale e socialmente condiviso.

Infine, secondo i medici, la diffusione dell'informazione biomedica di massa ha modificato ulteriormente e profondamente i rapporti tra medici e pazienti. Questi ultimi sono vissuti dai primi come più informati di un tempo e dunque come più esigenti per ciò che riguarda le informazioni che essi richiedono e che talvolta "esigono". Il medico non si sente più guardato come da una posizione subordinata dal paziente e questi richiede ora al medico notevole impegno, tempo, formazione. La possibilità dei pazienti di accedere a informazioni attraverso trasmissioni televisive, pubblicazioni periodiche e siti internet dedicati ai temi della salute viene percepita come un processo incalzante che rapidamente modifica modalità consolidate di relazione (Manghi e Tomelleri, 2004). I medici si sentono dunque sempre più come attori che reagiscono ai mutamenti intervenuti nei loro pazienti, pazienti che hanno nel frattempo acquisito controllo sulle informazioni biomediche. La minaccia forse è percepita in modo ancora più forte dal momento che i media sembrano essere al di fuori del controllo della classe medica e agire invece in autonomia, un'autonomia tuttavia non professionale, vissuta spesso come confusiva anziché informativa. Il medico in questa situazione è chiamato a "correggere" le eventuali informazioni e immagini distorte formatesi nel paziente e a farlo mediante un lavoro di relazione (e di comunicazione) vissuto spesso dal medico come psicologicamente difficile e defaticante (Manghi e Tomelleri, 2004).

Alla luce di tutti questi cambiamenti, avvenimenti, nuove mode e nuovi modi di rappresentarsi ci chiediamo in particolare quale funzione abbia oggi la comunicazione tra medico e paziente rispetto al processo di cura. Si tratta di un elemento accessorio, specialismo tra gli specialismi, o è piuttosto ancora fondamento (ancorché misconosciuto) di quell'incontro? Quali sono le rappresentazioni incrociate degli attori di questo incontro e come esse si costruiscono, si influenzano, si modificano reciprocamente? Come fanno medico e paziente a riconoscere le loro rispettive istanze (che sembrano essersi sempre più allontanate)? Che peso essi attribuiscono oggi alle loro reciproche e differenti (talvolta divergenti) aspettative, timori, pregiudizi, idee, desideri? In un certo senso, come si svolgerebbe oggi la conversazione di Euripilo e di Patroclo? Parlerebbero ancora la stessa lingua? Agirebbero nello stesso modo?

Nel panorama culturale attuale esistono diverse posizioni teoriche e diversi approcci allo studio della relazione, e dunque della comunicazione, in medicina. Ognuno di essi consente di individuare e comprendere aspetti diversi di quella stessa relazione, delle sue basi, dei processi implicati. E lo fa partendo da differenti implicazioni e con differenti metodologie.

Per quanto ci riguarda riteniamo che la prospettiva sistemico-relazionale, ed in particolare i contributi socio-costruzionisti forniti in quest'ambito dagli studiosi della relazione e della comunicazione, consentano di descrivere aspetti di tale relazione che altri approcci invece non riescono a rilevare. Questo la rende dal nostro punto di vista una prospettiva più adatta allo studio della complessità che caratterizza la comunicazione tra i medici e i pazienti.

Dopo una breve descrizione dei modelli teorici elaborati per lo studio della comunicazione interpersonale passeremo in rassegna alcuni degli studi che negli ultimi anni si sono occupati di fornire risposta a importanti quesiti di ricerca riguardanti lo specifico ambito della comunicazione tra medico e paziente. Cosa succede quando medico e paziente si incontrano? Perché accade così spesso che il medico non comprenda le aspettative del paziente? E quando invece le comprende come avviene che egli possa disattenderle? In quel caso come fa a eluderle? Perché viceversa talvolta vi risponde? Come risponde? Entrano in gioco le sue caratteristiche personali? Vi è differenza per il paziente di fronte al fatto che il medico risponda o meno alle sue aspettative? Se egli comprende o meno? Si può insegnare quella determinata competenza relazionale o caratteristica connessa alla comunicazione? Se sì, in cosa si concretizza la differenza tra prima e dopo l'apprendimento? Nella diversa soddisfazione del paziente? Nella sua qualità di vita? Nel grado di salute acquisito?

E' da questo genere di interrogativi che anche il nostro studio ha preso avvio cercando tuttavia di discostarsi almeno in parte, vedremo, dai presupposti e dai metodi generalmente utilizzati in quest'ambito. L'intento del nostro studio è infatti quello di mettere a fuoco il ruolo e le caratteristiche che la comunicazione tra medico e paziente assume nel processo di cura e di rilevare, da una parte, le modalità comunicative che scandiscono le relazioni tra medico e paziente in situazioni "reali" in un contesto di prestazioni specialistiche (il contesto della ricerca è infatti un ospedale polispecialistico) e dall'altra il ruolo e i significati che vengono attribuiti alla comunicazione stessa dai medici che operano in tale contesto.

1. LO STUDIO DELLA COMUNICAZIONE: TEORIE E MODELLI

La comunicazione interpersonale è una delle più importanti funzioni umane e per questo costituisce per la Psicologia uno dei filoni di interesse più importanti, o comunque uno dei più studiati dagli psicologi e in particolare dagli psicologi sociali. Sono innumerevoli, infatti, gli approcci teorici che nel tempo si sono sviluppati in quest'ambito nonché i modelli e i metodi creati per studiare la comunicazione e le sue caratteristiche in molteplici e diversificati ambiti. Innanzitutto, ad un livello individuale di descrizione, possiamo situare le teorie "classiche" della comunicazione (quale il modello tradizionale Emittente-Messaggio-Ricevente), alle quali sono poi seguite concezioni più interattive della comunicazione, fino a giungere alle più recenti concettualizzazioni che sottolineano il carattere dialogico delle interazioni comunicative (Zani et al., 2002).

Descriveremo a questo punto brevemente i principali approcci teorici che hanno affrontato lo studio di un tema così ampio e dalle così diverse sfaccettature per poi passare alla disamina dei più recenti studi condotti nell'ambito della comunicazione tra medico e paziente.

1.1 Teorie "classiche" della comunicazione

Il modello comportamentista di comunicazione "Emittente-Messaggio-Ricevente", che si impose soprattutto negli anni trenta e quaranta, e secondo il quale la comunicazione può essere spiegata secondo la logica dello stimolo-risposta, è un modello considerato estremamente riduttivo, nel quale il ricevente del messaggio è passivo e muto. Per questi evidenti limiti tale modello non risulta adatto all'analisi della comunicazione interpersonale quale è quella che intercorre tra medico e paziente. Tuttavia dalla rassegna degli studi condotti in quest'ambito emerge, come vedremo, la tendenza ad osservare i comportamenti comunicativi proprio utilizzando questo modello di analisi in cui il messaggio è concepito come prodotto di uno dei partecipanti alla conversazione (emittente), prodotto che poi può essere "trasmesso" ad un ascoltatore (ricevente). Se nella comunicazione qualcosa "non

funziona” secondo questo modello è il ricevente ad avere problemi di comprensione o l'emittente a non essersi espresso adeguatamente. Questa idea è stata molte volte disconfermata, valga per tutti l'interessante esperimento di Bavelas che mostra molto chiaramente come gli “ascoltatori” di un racconto siano, con la loro stessa attività di ascolto, degli attivi “co-narratori” (Bavelas et al., 2000). Nello studio veniva manipolato il grado di attenzione e di coinvolgimento degli ascoltatori: alcuni avevano compiti diversi dall'ascolto (ad esempio contare), altri dovevano prestare attenzione ad aspetti formali del racconto (ad esempio contare il numero di parole che venivano pronunciate dal narratore che iniziassero con la lettera ‘t’), gli altri infine dovevano ascoltare la storia per farne poi un riassunto. I racconti erano più ricchi e raccontati meglio se gli ascoltatori prestavano attenzione e ascolto (e dunque *feedback*) al racconto e diventavano così dei co-narratori del racconto medesimo (Bavelas et al., 2000).

1.2 I modelli interattivi

Le elaborazioni successive (modelli interattivi) hanno dovuto fare i conti proprio con la necessità di introdurre importanti concetti quali quello di *feedback* e di contesto (o *background*) per ovviare ai limiti dei modelli precedenti: secondo questi modelli i messaggi vengono scambiati continuamente tra gli interlocutori e la comprensione reciproca (il successo della comunicazione) è legata anche al *background* di conoscenze ed esperienze (più o meno condivise) dei comunicanti e al contesto in cui essa avviene e viene costantemente verificata attraverso le risposte dell'altro (*feedback*). Zani et al. (2002) riconducono a questo modello la “pragmatica della comunicazione umana” (Watzlawick et al., 1971), la “teoria degli atti linguistici” e le prime formulazioni della sociolinguistica. I modelli di questo secondo gruppo sono di stampo socio-costruttivista e tendono a interessarsi principalmente del come le abitudini linguistiche vengono costruite socialmente (in un modo che rimane poi relativamente stabile) e ad analizzare come, dunque, i costrutti personali determinino, sebbene nell'interazione sociale, il linguaggio e le forme della comunicazione.

Anche questi modelli presentano diversi limiti: la comunicazione, ad esempio, viene concepita qui come statica, con atti comunicativi che iniziano e finiscono in momenti precisi, con azioni singole di singoli individui che non tengono in considerazione la costruzione dei significati attraverso azioni mutuamente riconosciute e comprese da entrambi gli interlocutori, aspetto che invece diviene centrale nelle teorie psicosociali più recenti e avanzate che

sottolineano, viceversa, il carattere “dialogico” delle interazioni comunicative (si veda Fruggeri, 1998).

1.3 Approcci dialogici alla comunicazione

L’idea che durante l’interazione gli interlocutori siano simultaneamente (e non in momenti diversi e successivi) emittenti e riceventi è la premessa condivisa da cui parte la pluralità degli approcci sui quali ci soffermeremo ora. La comunicazione è in questo caso concepita come un processo in cui i soggetti creano una relazione interagendo l’uno con l’altro e contribuendo a creare congiuntamente il significato degli scambi e a realizzare un progetto comunicativo comune (Zani et al., 2002). I messaggi nascono, così, anche da scambi precedenti (dalle precedenti comunicazioni) così come lo saranno, poi, le successive interazioni. Si allarga dunque il concetto di “contesto” e soprattutto il ruolo ad esso attribuito: il contesto non è più visto come elemento di sfondo ma come elemento prodotto e costruito dagli interlocutori stessi durante l’interazione. Se applicato allo studio della relazione tra medico e paziente questo approccio può risultare certamente innovativo e foriero di importanti ricadute sulla formazione dei medici in generale e sulla formazione alla relazione con il paziente in particolare. I modelli che fanno riferimento a quest’ultima, estremamente attuale, area di studio sono l’analisi della conversazione e del discorso (Zani et al., 2002) e la prospettiva socio-costruzionista: i concetti fondamentali da cui muovono questi approcci sono quelli dell’intersoggettività e della co-costruzione dei significati.

Come caratteristica fondamentale degli atti comunicativi l’intersoggettività si genera nelle situazioni sociali in cui i partecipanti arrivano ad assumere reciprocamente i rispettivi punti di vista e giungono così a condividere un comune universo di riferimento. La trasmissione di un messaggio, entro un modello così concepito, avviene e ha successo quando gli interlocutori condividono i presupposti impliciti ed espliciti che lo accompagnano. Questa implicazione è molto importante proprio nel nostro ambito di indagine, ovvero il rapporto tra medico e paziente: non comprendere appieno il livello di competenza (presupposizioni implicite) dell’interlocutore (che è quanto accade ad esempio quando dopo aver posto una domanda semplice e banale ad un tecnico viene fornita da questi una risposta articolata e complessa, espressa con un linguaggio specialistico) rende gran parte della comunicazione incomprensibile poiché non viene rispettato il requisito della complementarità tra parlante e ascoltatore. I vuoti che possono frequentemente persistere nelle conversazioni vengono

colmati dalla cosiddetta comprensione anticipatoria che, partendo dalle stesse presupposizioni tacitamente condivise, consentono ancora una volta agli interlocutori di partecipare intenzionalmente e congiuntamente alla stessa situazione comunicativa costruendone anche il significato condiviso (Zani et al, 2002). L'obiettivo degli studiosi che si interessano di questi nuovi approcci alla comunicazione tra medico e paziente è lo studio del modo in cui si realizzano i processi comunicativi (si vedano gli studi di Robinson e Stivers, 2001; Duggan e Parrott, 2001; Pomerantz e Rintel, 2004). Secondo questi studiosi le caratteristiche personali, individuali, legate alla storia personale dei comunicanti, entrano in contatto tra loro trasformandosi in caratteristiche "interpersonali" che co-costruiscono il significato della comunicazione (Zani et al., 2002). Secondo questo modello il progredire dello scambio è costantemente sottoposto ad una sorta di monitoraggio sulla reciproca comprensione dei comunicanti e le loro interpretazioni avvengono all'interno di un "contratto di comunicazione" definito e accettato da entrambi gli interlocutori momento per momento. Questa descrizione della comunicazione si fonda sul "principio di interazione" secondo il quale la comunicazione può essere intesa come una riflessione sulle relazioni che intercorrono tra gli interlocutori: il ricevente di un messaggio, decodificandolo, ne rende esplicito il significato e lo fa partendo da un insieme di ipotesi sull'emittente per cui il valore dell'enunciato non può che essere codeterminato dagli interlocutori: è la relazione che intercorre tra questi ultimi a sostenere l'interazione e a determinare la comunicazione. In questo senso il contenuto e la comprensione dei messaggi, secondo questi autori, non possono essere studiati prescindendo dalle relazioni tra gli interlocutori che si traducono nelle loro concrete conversazioni.

Analisi della conversazione e del discorso

Negli ultimi anni ha assunto ampia rilevanza in particolare l'approccio "conversazionale" che ha come oggetto di studio l'analisi della struttura e dell'andamento delle conversazioni. Secondo questo approccio la conversazione è l'ambito privilegiato entro il quale emergono i fenomeni di natura psicosociale, da studiare in una prospettiva interindividuale. L'analisi del discorso e l'analisi della conversazione sono i due principali filoni di ricerca di questo approccio e il loro principale scopo è individuare una struttura generale per lo studio delle sequenze discorsive. L'analisi della conversazione tende allo studio, in particolare, di conversazioni spontanee, grazie anche all'ausilio delle nuove tecnologie che mettono a disposizione la possibilità di videoregistrare incontri e conversazioni, allo scopo di

individuare i modi con cui sono organizzate le sequenze conversazionali (Maynard e Heritage, 2005). I primi studi si sono occupati in particolare degli aspetti che caratterizzano l'organizzazione della conversazione, quali l'alternanza dei turni o il susseguirsi delle sequenze discorsive (Sacks et al., 1974). L'interesse degli studiosi si sposta, qui, dall'azione degli atti linguistici all'interazione e ciò conferisce a questo approccio il suo carattere eminentemente sociale, dinamico e complesso: la nozione di interlocuzione descrive il processo attraverso il quale i comunicanti definiscono reciprocamente la loro identità sociale, contribuendo alla costruzione di un universo linguistico e conversazionale condiviso. La comunicazione è cioè trattata come un "fatto relazionale irriducibile" (Zani et al., 2002) all'interno del quale gli individui si conoscono e si fanno conoscere dando vita a quella intersoggettività che è l'elemento fondamentale della vita sociale e che si fonda sulla cooperazione e sui legami contrattuali implicati nella definizione sociale di una situazione.

Ci troviamo dunque di fronte all'interpretazione della conversazione come evento nel quale il mondo sociale dei soggetti si trasforma nel corso della loro stessa interazione: il loro mondo sociale diviene pertanto un elemento dinamico importante dello scambio comunicativo, scambio che dunque deve essere studiato a partire proprio da queste coordinate sociali che vanno via via assumendo nella teoria un ruolo sempre più importante. Il mondo sociale degli interlocutori non è più la variabile di "sfondo", la scena sulla quale sono rappresentati gli eventi, ma diventa variabile cruciale in quanto prodotto dagli interlocutori stessi e definito dai significati che essi condividono (Zani et al., 2002) (si vedano anche Fasulo, 2002 e Zucchermaglio, 2003). La comunicazione si trasforma, in questi modelli, in un evento di natura prettamente psicosociale, in cui il posto centrale è riservato agli interlocutori (per noi i pazienti, i loro familiari, i cittadini e gli operatori sanitari) alle loro idee, alle loro conoscenze, ai loro processi cognitivi, mentre gli elementi linguistici sono considerati come strumenti che servono a favorire l'intero processo: la costruzione dei significati.

Il significato come costruzione relazionale: la prospettiva socio-costruzionista

Secondo l'ancor più radicale prospettiva socio-costruzionista sono le parole, le teorie, e quindi la comunicazione, a costruire il mondo e non viceversa il mondo ad esistere e ad essere per ciò stesso univocamente percepito dagli individui e dunque da questi nominato (Pearce e Cronen, 1980; Harrè, 1980, 1984; Shotter, 1984; Shotter e Gergen, 1988; Gergen, 1991, 1999; McNamee, 2004). Secondo questa prospettiva i significati non sono un fenomeno individuale, non si trovano nella mente delle persone, né sono determinati unilateralmente da un singolo

individuo. I significati (e dunque la realtà) secondo questa prospettiva sono, viceversa, il risultato dell'attività congiunta e coordinata delle persone coinvolte nelle conversazioni, «a partire da un insieme di premesse e credenze personali che derivano dalle specifiche posizioni nella situazione interattiva, dalle esperienze vissute precedentemente all'interazione data o da quelle che vive nei rapporti con altri» (Fruggeri, 1998). Il ribaltamento di prospettiva è completo e le descrizioni offerte del tutto controintuitive: non siamo noi a formarci idee, a “possedere” significati che eventualmente possiamo decidere di condividere (mediante la comunicazione) con altri, non si danno significati o idee o esperienze se non in relazione, in comunicazione con altri. In questa prospettiva la relazione – come afferma Bateson – viene prima, precede (Bateson, 1976).

Il socio-costruzionismo è dunque un approccio teorico focalizzato sui significati, e in particolare sui significati in quanto emergenti nelle relazioni, e può essere considerata pertanto una meta-teoria, ovvero riguardante il modo in cui le diverse descrizioni del mondo (teorie) si formano storicamente, nella relazione tra gli individui, attraverso il loro accordarsi, negoziare, co-costruire significati condivisi.

Gli autori che si rifanno a questa prospettiva (ad esempio Kenneth Gergen, John Lannamann, Sheila McNamee, John Shotter) riconducono le loro idee al post-modernismo e le contrappongono al modernismo¹: essi pongono pertanto al centro della loro concezione la relazione piuttosto che l'individuo, l'analisi del processo e delle pratiche piuttosto che dei contenuti, la creazione continua e congiunta (nel senso che essa avviene “nella continua collaborazione tra i narranti”) del contesto piuttosto che la considerazione del contesto quale “sfondo” dell'azione².

¹ Modernismo e post modernismo sono categorie sociologiche utilizzate per descrivere le caratteristiche della società occidentale contemporanea. Secondo Barnett Pearce «la società “moderna” si riferisce a un insieme particolare di valori, pratiche e istituzioni. Il termine “moderno” non significa semplicemente “recente”, esso designa invece una componente particolarmente significativa della società contemporanea» (Pearce, 1993). “Moderno” si riferisce in particolare alla concezione di società e di uomo derivata dai principi di positivismo, individualismo, concezione dei rapporti in termini di causa-effetto che hanno caratterizzato la cultura dell'Occidente dall'Illuminismo in poi. Con il termine “post-modernismo” ci si riferisce a valori definiti per contrasto rispetto al modernismo, a valori derivati della crisi del modernismo, dalla decostruzione dei concetti chiave del modernismo. Il post-modernismo è quindi caratterizzato da attenzione alle relazioni piuttosto che agli individui e dal fatto di focalizzarsi sulle modalità di costruzione delle realtà e non alla scoperta di leggi e principi generali.

² Va segnalato che, specie tra gli studiosi della psicologia, non mancano le critiche proprio alla deriva post-moderna che in psicologia (incluso l'ambito psicoanalitico) ha condotto all'elaborazione di approcci relazionali e narrativi di stampo postmoderno (Eagle, 2003).

Il fatto che i significati siano “creati” *tra* le persone e che non siano, viceversa, “posseduti” dalle persone, il fatto cioè che essi siano costruiti nel coordinamento delle azioni tra gli individui (Pearce e Cronen, 1980; Cronen et al., 1982), ha importanti implicazioni per gli esseri umani: i significati non sono mai fissati per sempre, né stabili, né immodificabili; si trovano (meglio, si creano) *tra* gli interlocutori (non dentro di loro) e non possono pertanto essere controllati. Essi sono, viceversa, indeterminati e imprevedibili, sono altresì sempre diversi (poiché dipendenti dal contesto) e questo implica che non esista un significato “più vero” degli altri quanto piuttosto un modo di comprendere “locale”, contestuale, che si dà in quella particolare relazione.

Il *focus* di questa prospettiva, anziché sul significato in sé e sul contenuto, è posto dunque sul processo di produzione e di costruzione di senso, così come sulle relazioni entro le quali il significato è costruito, il *focus* è posto, in questa prospettiva, sul dialogo.

Un importante impulso allo studio del dialogo in questo ambito è derivato dal lavoro del critico letterario russo Michail Bakhtin, uno dei pionieri del cosiddetto “pensiero dialogico”. Bakhtin sostiene che «la comprensione è attivamente “responsiva”, che le parole pronunciate sono modellate da chi ascolta il quale le comprende rispondendo al loro richiamo» (Bakhtin, 1986). Gli interlocutori – continua Bakhtin – si aspettano risposte, accordo, comprensione, obiezioni, giudizi e così via, poiché questo consente un continuo adattamento e coordinamento del flusso comunicativo in corso. L’approccio dialogico alla comunicazione basato su queste premesse enfatizza dunque la qualità relazionale della comprensione e l’importanza dell’azione congiunta (Bakhtin, 1986). Gli studi che si rifanno a questo approccio tendono pertanto a render conto soprattutto del modo in cui contesto e significati sono costruiti nell’interazione, descrivono le pratiche interattive che effettivamente sono poste in essere nella situazione specifica, descrivono pertanto situazioni reali e naturali piuttosto che costruite in “laboratorio”, mantenendo il *focus* sulla relazione piuttosto che sull’individuo, riportando non un punto di vista ma descrivendo piuttosto la “polifonia di voci” (i punti di vista contemporaneamente presenti dei vari comunicanti, ma anche delle loro istanze – o voci – interne) che sono sempre agenti nelle interazioni umane e rispondenti le une verso le altre.

E’ a questo più recente gruppo di teorie e di metodi di ricerca che sembra interessante fare sempre più riferimento nello studio della comunicazione tra medico e paziente per la ricchezza degli spunti di riflessione e delle osservazioni realizzabili.

La complessità insita nel modello rende tuttavia complesso anche realizzare ricerche che pongano a proprio fondamento una visione “dialogica” e “socio-costruzionista”.

Di seguito vedremo quali sono gli interrogativi più frequenti nella ricerca sulla comunicazione tra medico e paziente e come gli studiosi tendono a rispondervi.

2. LA COMUNICAZIONE IN MEDICINA: AMBITI DI RICERCA E TENDENZE

Come è già stato sottolineato la relazione tra medico e paziente è stata oggetto nel tempo di grande attenzione da parte degli studiosi da molteplici punti di vista. Si tratta infatti di una delle più complesse relazioni sociali e di uno dei più difficili temi di ricerca poiché riguarda la relazione tra individui che si trovano in posizioni non paritarie, è spesso non volontaria, riguarda questioni di vitale importanza, è connotata emotivamente e richiede una stretta collaborazione tra gli attori coinvolti (Ong et al., 1995).

2.1 Lo studio della relazione tra medico e paziente

Dopo una prima fase di analisi e di studi esplicitamente ispirati alla tradizione sociologica ed antropologica dello strutturalismo, del funzionalismo e dell'interazionismo – ci riferiamo ai pionieristici contributi di Parsons (1951), di Szasz e Hollender (1956) e di Friedson (1970) – che hanno concentrato le loro analisi sulle dimensioni (1) del potere nella relazione medico-paziente, (2) delle prerogative del ruolo, (3) delle funzioni relazionali del medico in rapporto alla tipologia e gravità della patologia nonché (4) del confronto/scontro dei sistemi di riferimento e delle rappresentazioni dei medici (professionale) e dei pazienti (laico), si è sviluppato più recentemente tutto un filone di studi che indaga le peculiarità dell'interazione medico-paziente sotto il profilo comunicativo evidenziando aspetti lasciati in ombra dalle analisi di taglio più strutturale (Lusardi, 2005).

Uno degli aspetti della relazione tra medico e paziente che infatti è stato maggiormente oggetto di osservazione è proprio la comunicazione e il come essa avvenga tra questi due particolari attori sociali. Negli ultimi trent'anni, specie nei paesi occidentali, l'attenzione alla comunicazione in generale, così come alla comunicazione tra medico e paziente in particolare, è infatti via via aumentata: lo documentano le pubblicazioni, le ricerche, i corsi di formazione e i seminari dedicati a questo tema. La tipica asimmetria della relazione, la connessione tra comunicazione e aderenza ai trattamenti, tra comunicazione e soddisfazione

dei pazienti, gli stili comunicativi del medico, sono alcuni dei temi che sono stati al centro dell'attenzione degli studi condotti in quest'ambito poiché è sempre più chiaramente dimostrato che le variazioni nei processi di comunicazione influenzano in modo rilevante proprio gli atteggiamenti e i comportamenti del paziente (la sua soddisfazione circa la visita medica, l'attenersi alle prescrizioni del medico e la riduzione delle sue preoccupazioni) (si vedano ad esempio Ong et al., 1995; Brédart et al., 2005).

Questo interesse per la comunicazione, continuamente in aumento, può essere messo in connessione ai mutamenti intervenuti nell'ambito della medicina che hanno comportato la necessità di recuperare in termini specialistici una funzione ed un processo, quello della relazione tra medico e paziente, che fino ad un'epoca anche recente non era stato studiato con gli strumenti e i metodi della ricerca empirica e sperimentale quanto invece con quelli della clinica (Balint, 1970). Dall'analisi della letteratura emerge che le variabili maggiormente indagate negli studi sulla comunicazione medico-paziente, in quanto influenti sugli scambi comunicativi, sono quelle legate alle caratteristiche personali del medico e del paziente (livello individuale di analisi) nonché le caratteristiche del messaggio. L'approccio più frequentemente adottato negli studi è, cioè, riconducibile all'approccio comportamentista e individualista.

Secondo la classificazione indicata da Ong et al. (1995) le variabili studiate nelle ricerche che prenderemo in considerazione possono essere più in particolare distinte in: variabili di risultato, variabili di *background* e variabili di processo.

Le variabili di risultato comprendono la pluralità di caratteristiche attraverso cui può essere definita e valutata l'efficacia della comunicazione tra medico e paziente. Si tratta, generalmente, di variabili quali la soddisfazione, la *compliance*, il ricordo e la comprensione delle informazioni manifestate dal paziente. Queste variabili possono essere considerate come indicatori validi, soprattutto a breve termine. La ricerca si è sempre molto concentrata sul comportamento specifico del "dare informazioni" da parte del medico: il ricordo e la comprensione in questo caso risultano effettivamente essere buoni indicatori, tuttavia il concetto di aderenza, in particolare se intendiamo l'aderenza a lungo termine ad un trattamento terapeutico o ad uno stile di vita, è un concetto più complesso che non dipende dal solo ricordo delle informazioni fornite. Solo più recentemente altri indicatori sono stati impiegati per la valutazione degli esiti della comunicazione e della relazione: si tratta ad esempio della qualità di vita, dello stato di salute, della risoluzione dei sintomi o della sopravvivenza, indicatori meno contingenti ma anche più difficili da connettere alla singola

visita o addirittura alla singola comunicazione (si vedano ad esempio Butler et al., 1996; Heisler et al., 2002; Feldman et al., 2002).

Le variabili di *background*, come ad esempio quelle culturali, sono soprattutto indagate come variabili che possono influire sullo stile comunicativo del medico o sulle preferenze per lo stile comunicativo da parte del paziente. L'ipotesi è cioè che esistano differenze culturali circa ciò che è considerata una "buona cura medica" o circa la forma che dovrebbe assumere la relazione tra medico e paziente: alcune persone ad esempio aspirano soprattutto alla creazione di una alleanza o *partnership* tra medico e paziente, per altri invece la relazione è mirata soprattutto sulla diagnosi e sulla terapia e dovrebbe pertanto essere controllata dal medico (preferenza per lo stile cosiddetto "paternalistico") (Roter e Hall, 1992). Sono state studiate anche le caratteristiche individuali e sociodemografiche del medico e del paziente (genere, età, classe sociale di origine, caratteristiche psicologiche quali l'introversione e l'estroversione, ecc.) e sembra che esse influenzino il modo con cui il medico parla al paziente (e come lo ascolta). Anche il tipo di malattia sembra infine influenzare i bisogni e le aspettative specifiche dei pazienti (pazienti affetti, ad esempio, da malattie croniche piuttosto che da malattie acute riferiscono esigenze diverse in merito al tipo di relazione e di comunicazione che desidererebbero da parte del medico). È da evidenziare tuttavia il fatto che mancano ancora dati empirici chiari ed esaustivi riguardo all'impatto dei fattori culturali sui comportamenti comunicativi dei medici, così come ancora pochi sono i confronti cross-culturali riguardanti tali comportamenti (Ong et al., 1995).

Le variabili di processo, infine, sono le variabili che si riferiscono al contenuto vero e proprio della comunicazione tra il medico e il paziente. Gli studiosi identificano molti tipi differenti di comportamenti comunicativi e sono sostanzialmente d'accordo nel distinguere la comunicazione strumentale, focalizzata sul compito (il "dare informazioni", in particolare, è un comportamento tipicamente molto studiato) dalla comunicazione affettiva o socioemotiva. Ciò su cui ancora oggi non esiste consenso, e che ancora oggi non è sostenuto da risultati univoci, è invece il reciproco rapporto tra questi due tipi di comunicazione e la loro rilevanza relativa: probabilmente è questa stessa distinzione a non essere in grado di descrivere adeguatamente la comunicazione e la relazione tra medico paziente e a risultare pertanto eccessivamente artificiosa e sviante (Ong et al., 1995; Eide et al., 2003). Una serie di nuovi studi, poi, condotti secondo approcci dialogici e socio-costruzionisti spostano ancora più drasticamente il *focus* proprio sul processo di costruzione dei significati nell'incontro tra il medico e il paziente attraverso la conversazione, il dialogo, la relazione (Seikkula et al., 1995; Katz e Shotter, 1996; Seikkula e Olson, 2003).

Da questa pur veloce e superficiale disamina degli studi sul complesso tema della comunicazione tra medico e paziente è possibile osservare che la comunicazione stessa si riferisce solitamente a due soli soggetti, il medico e il paziente appunto, e al loro solo incontro durante la visita medica, come se essa potesse essere unicamente “ridotta” a tale incontro. Invece quell’incontro, la visita, spesso coinvolge altri attori, come i familiari e gli infermieri. E ancora, i significati emergenti da quell’incontro sono costruiti a partire da una “polifonia di voci” (Bakhtin, 1986; Seikkula e Olson, 2003), tutte presenti nella visita e tutte influenti su di essa. Il problema per la ricerca sembra essere soprattutto quello della difficile “operazionalizzazione” di tali variabili (in modo da poterle includere nelle analisi) e la grande complessità che caratterizzerebbe le ricerche che volessero eventualmente tener conto dei significati costruiti a così diversi livelli (l’individuo, la sua famiglia, la sua storia, il gruppo sociale di appartenenza del paziente e del medico, come viene concepita la professione di medico, ecc.).

Un’ultima osservazione, prima di passare alla disamina degli aspetti più rilevanti nello studio della comunicazione tra medico e paziente, riguarda il fatto che la maggioranza degli studi sono condotti in particolari ambiti della medicina: l’oncologia è forse l’ambito più rappresentato, così come lo sono altri ambiti nei quali, in generale, la comunicazione è considerata difficile (comunicazione di notizie traumatiche, di cattive notizie o di notizie tristi così come avviene nella terminalità, nelle terapie intensive, nelle urgenze). L’altro ambito molto rappresentato negli studi sulla comunicazione tra medico e paziente è quello della cronicità, cronicità che conduce a dilatare nel tempo e ad intensificare e rendere più “intima” la relazione tra il medico ed il paziente e a rendere paritario e collaborativo il loro rapporto (medicina generale, diabetologia, malattie infettive).

Gli studi, gli articoli, le pubblicazioni sul tema della comunicazione e della relazione tra medico e paziente sono numerosissimi, sono in continuo aumento a partire dalla fine degli anni settanta e compaiono su riviste di diversa natura e ambito, da quelle mediche a quelle psicologiche a quelle sociologiche³. Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di

³ Per la stesura di questo lavoro si sono ad esempio consultate le seguenti riviste: 1) **Riviste mediche**: CMAJ; Critical Care Medicine; Current Opinion in Oncology; Current Surgery; JAMA; Journal of General Internal Medicine; Lancet; Recenti Progressi in Medicina. 2) **Riviste di Psicologia o relative allo studio della Comunicazione**: Communication Theory; Discourse Study; Family Process; Human Communication Research; Journal of Nonverbal Behavior; Psycho-oncology; Qualitative Health Research; Southern Communication Journal. 3) **Riviste di Sociologia della Medicina**: BMC; Epidemiologia e Psichiatria Sociale; Medical Education; Medical Information Decision Making; Patient Education and Counseling; Social Science and Medicine.

pubblicazioni in lingua inglese che riportano risultati di studi e ricerche condotti in contesti diversi da quello italiano.

Colpisce infine che l'approccio più diffusamente impiegato sia quello centrato sull'individuo mentre pochi sono i contributi informati ad approcci che, come ad esempio quello socio-costruzionista, allargano la prospettiva di indagine alle pratiche di cura e cercano di collegarsi a progetti di ricerca in altri ambiti, quale ad esempio quello psichiatrico.

2.2 Gli studi sul rapporto tra comunicazione e soddisfazione del paziente

È oramai dimostrato da innumerevoli studi che migliorare la comunicazione tra medico e paziente ha un impatto favorevole sulla soddisfazione dei pazienti circa la visita, il trattamento e la relazione stessa con il medico (Bredart et al., 2005; McDonagh et al., 2004; Eide et al., 2003; Ong et al., 2000a). Gli studi a questo riguardo iniziano ad essere piuttosto numerosi, incluse le *review* (Ong et al., 1995; Bredart et al., 2005), e dimostrano che molti *outcome* relativi al paziente (ansia, qualità di vita, informazioni mediche, soddisfazione) o relativi al medico (comportamenti comunicativi e atteggiamenti) sono fortemente connessi alle caratteristiche della comunicazione tra di loro.

Come indicatore di risultato la soddisfazione del paziente è tra i più utilizzati in letteratura. In una ormai classica *review* Ong et al. (1995) riportano che i pazienti sono frequentemente insoddisfatti delle informazioni che ricevono e che questo dato si dimostra piuttosto costante nel tempo: il 38% dei pazienti si mostra infatti insoddisfatto delle cure ospedaliere; nei confronti dei medici di medicina generale gli insoddisfatti sono il 26%; mentre sono il 39% i pazienti psichiatrici insoddisfatti del loro psichiatra (Ong et al., 1995). I pazienti motivano frequentemente tale insoddisfazione attribuendo al medico una scarsa considerazione del loro bisogno di informazioni.

Zani et al. (2002) riportano almeno due prospettive teoriche che hanno cercato di spiegare l'interrelazione tra soddisfazione per la visita medica e *compliance*. Secondo una prima prospettiva (centrata sugli aspetti affettivi dell'interazione) la soddisfazione è collegata alla percezione di tre aspetti del comportamento "affettivo" del medico: essere amichevole piuttosto che distaccato e manageriale, mostrare di capire i timori del paziente e infine essere dotato di buone abilità comunicative. La presenza di queste caratteristiche produrrebbe soddisfazione, la loro assenza insoddisfazione. Secondo l'altra prospettiva (centrata sugli

aspetti cognitivi dell'interazione) l'efficacia della comunicazione è invece legata alla comprensione e alla memorizzazione del messaggio e queste, a loro volta, dipendono direttamente dalle caratteristiche del messaggio: messaggi troppo difficili da comprendere perché espressi con un linguaggio complesso e specialistico o che non tengono conto delle idee pregresse dell'interlocutore non vengono compresi e dunque non sono ricordati dai pazienti i quali restano così insoddisfatti ma, quel che è peggio, non sono in grado di osservare le prescrizioni mediche.

Gli studi che hanno indagato l'impatto della comunicazione "strumentale" vs. quella "affettiva" suggeriscono che sono soprattutto i comportamenti strumentali (in particolare il fornire informazioni) ad essere correlati significativamente con la soddisfazione del paziente. Secondo questi studi i comportamenti affettivi sarebbero invece legati più debolmente alla soddisfazione (Ong et al., 1995). Da uno studio in cui si mettevano in correlazione gli stili di coping di 123 pazienti oncologici e la loro soddisfazione per la visita è emersa in particolare una evidente maggiore soddisfazione tra i pazienti che avevano ricevuto più informazioni e informazioni più dettagliate. La soddisfazione correlava poi anche con lo stile cognitivo del paziente: la preferenza per informazioni dettagliate era in particolare correlata ad uno stile controllante e alla "dominance" dei pazienti. Gli Autori suggeriscono pertanto di implementare proprio la quantità ed il dettaglio delle informazioni fornite durante le visite per migliorare il ricordo e soprattutto la soddisfazione dei pazienti (Ong et al., 1999). Sulla base di questi risultati questi stessi Autori hanno condotto un ulteriore studio e riscontrato un incremento della soddisfazione in un gruppo di pazienti oncologici a cui veniva fornita la videoregistrazione della visita appena effettuata (condizione di maggiore disponibilità di informazioni). L'effetto sulla soddisfazione risultava comunque più evidente nei pazienti più giovani mentre sugli anziani l'effetto più evidente riguardava il ricordo (Ong et al., 2000b).

Altri studi suggeriscono, viceversa, che i comportamenti affettivi (specialmente i comportamenti non verbali quali il mantenere un contatto visivo, il mostrare interesse, ecc.) sono i fattori più importanti nel determinare la soddisfazione del paziente (Ong et al., 2000a; McDonagh et al., 2004). Secondo tali studi è in particolare la *patient-centredness*, ad essere connessa con la soddisfazione attraverso il rispetto della *privacy* durante la visita, l'ascolto delle domande del paziente, la discussione dei programmi relativi ai futuri trattamenti, l'attenzione a non interromperlo, ad ascoltarne i dubbi e i timori. E' quanto hanno rilevato empiricamente, ad esempio, Ong et al. (2000a) nel loro studio nel quale il comportamento socioemotivo del medico (il suo essere disponibile e attento alle istanze emotive del paziente) correlava con la soddisfazione dei pazienti e consentiva di predirla (Ong et al., 2000a). Anche

McDonagh et al. (2004) hanno rilevato che la soddisfazione (nel loro studio la soddisfazione dei familiari) è connessa soprattutto agli aspetti espressivi ed emotivi della comunicazione (avere tempo a sufficienza per esporre il proprio punto di vista e le proprie emozioni) piuttosto che agli aspetti strumentali. Gli incontri tra familiari e medici in cui i medici occupavano la maggior parte del tempo per fornire informazioni, facevano registrare una più scarsa soddisfazione dei familiari.

In linea con le critiche da più parti rivolte agli approcci lineari allo studio della comunicazione (modello “Emittente-Messaggio-Ricevente”), va sottolineato che questo modo di descrivere l’interazione non dice nulla su ciò che medico e paziente portano nell’incontro, sui loro atteggiamenti, sulle loro conoscenze e idee, sui loro precedenti incontri e sulle aspettative. Gli approcci che viceversa cercano di tenere in considerazione questi aspetti, ovvero il ruolo delle variabili antecedenti l’interazione vera e propria, e che cercano inoltre di integrare gli aspetti affettivi e cognitivi dell’interazione, puntano invece sui processi di elaborazione delle informazioni che tengono conto delle preesistenti informazioni in entrata (*input*), delle reciproche aspettative, del processo (ovvero di ciò che accade durante la consultazione) e infine del risultato, concepito sia in termini di soddisfazione che di aderenza alle prescrizioni. Possiamo far rientrare tra questi alcuni studi che hanno confermato la correlazione tra comportamenti comunicativi (strumentali vs. socioemotivi) e soddisfazione osservando tuttavia che esistono interazioni con altri aspetti della situazione o dei comunicanti (e dunque, possiamo dire, con aspetti contestuali, il che fa probabilmente rientrare questi studi tra gli approcci che abbiamo definito interattivi). Nello studio di Eide et al. (2003), ad esempio, una comunicazione informale e comportamenti comunicativi di tipo socioemotivo erano associati alla soddisfazione ma soprattutto se comparivano in certe fasi della visita (durante, ad esempio, la fase anamnestica) e non se comparivano invece in altre fasi (ad esempio durante l’esame obiettivo). Parker et al. (2001) hanno riscontrato, mediante la somministrazione di un questionario ad un grande numero di soggetti (351 pazienti), che la preferenza per le modalità di comunicazione tra medico e paziente (in questo caso per la comunicazione di diagnosi) è connessa allo stile cognitivo del paziente (rilevato mediante un’apposita scala). Dai risultati di questi studi gli Autori concludono che ciò a cui è importante prestare attenzione non è il tipo di comportamento comunicativo da privilegiare (fornire informazioni piuttosto che ascolto) quanto il “*mix*” di tali comportamenti che non può e non deve comunque essere casuale, ma calibrato sulla base delle esigenze della persona (ad esempio al suo stile cognitivo) e della situazione (ad esempio alla fase della visita).

Molti studi si sono avvalsi della videoregistrazione per valutare le caratteristiche dell'incontro tra medico e paziente per poi correlare queste ultime alla soddisfazione del paziente. Questo genere di studi conferma che i pazienti che ricevono più informazioni durante la visita risultano più soddisfatti di quanto non lo siano i pazienti meno informati (Ong et al., 1999; Ong et al., 2000b). La tendenza del medico ad essere "informativo" potrebbe poi essere connessa ad altre sue caratteristiche personali (restiamo in questo caso ad un livello esclusivamente individuale della spiegazione) quali il suo interesse per l'altro, il coinvolgimento e l'empatia, e dunque la soddisfazione potrebbe non essere legata al puro desiderio dei pazienti di venire informati (Gross et al., 2007; Parker et al., 2009).

Quale variabile di risultato la soddisfazione può comunque risultare controversa e sviante: di cosa più precisamente sono soddisfatti o insoddisfatti i pazienti quando si pronunciano a questo riguardo? La soddisfazione per la comunicazione decresce, ad esempio, con l'aggravarsi delle condizioni del paziente. Nelle ricerche condotte in Unità di cure palliative, con pazienti terminali o con loro familiari, essa deve essere perciò considerata con prudenza e con accortezza, poiché potrebbe riferirsi ad altri aspetti della situazione in corso e non alla comunicazione in sé. Detmar e colleghi (2001) hanno ad esempio condotto uno studio che si riferisce ad un contesto di cure palliative ed hanno indagato il modo con cui i medici palliativisti utilizzano il concetto di qualità della vita. Ciò che gli Autori hanno notato è che nonostante le evidenze scientifiche che ne mostrano l'importanza, il tempo dedicato ai temi della qualità della vita durante le visite in contesti di palliazione, quando medici e pazienti si incontrano, rimane estremamente limitata. Il tempo dedicato a questo genere di comunicazione aumenta solo quando il paziente presenta seri problemi, il medico sente una personale responsabilità legata alla discussione di questi temi e l'incontro avviene entro un appuntamento programmato e non casuale o affrettato (Detmar et al., 2001).

Gli Autori di un altro interessante studio (McDonagh et al., 2004) hanno dimostrato che all'aumentare del tempo messo a disposizione dei familiari dei pazienti per esprimersi durante gli incontri con i medici (il contesto era quello degli incontri realizzati con le famiglie di pazienti ricoverati in Unità di cure intensive) aumenta la soddisfazione dei familiari per la comunicazione. In particolare questi Autori hanno affrontato il problema della comunicazione tra medici e familiari per quanto concerne le terapie di supporto, comunicazione della quale i familiari sono spesso insoddisfatti. Gli Autori erano inoltre interessati a studiare efficaci modalità di supporto per i medici nei termini di strategie e tecniche utili ad affrontare proprio questa difficile comunicazione. Sono stati coinvolti nello studio 214 familiari, appartenenti a 51 famiglie, e 36 medici. I 51 incontri tra le famiglie ed il personale dell'Unità di cure

intensive sono stati videoregistrati e successivamente analizzati. Durante gli incontri si affrontavano in particolare i temi relativi alle terapie di supporto. Si sono quindi misurati, da una parte, il tempo utilizzato dai familiari e dai medici durante l'incontro e, dall'altra, mediante un questionario, la soddisfazione dei familiari per la comunicazione. I risultati hanno mostrato che la durata media degli incontri era di 32 minuti, che in media i familiari parlavano per il 29% del tempo e che i medici parlavano per il 71% del tempo. I risultati mostrano, inoltre, che a proporzioni maggiori di tempo utilizzato dai familiari durante l'incontro era associata una maggiore soddisfazione per la comunicazione con il medico. Non è emersa alcuna correlazione tra soddisfazione e durata totale dell'incontro. Questo risultato, apparentemente molto chiaro (e utile da un punto di vista applicativo), non consente tuttavia di comprendere appieno quali siano i fattori realmente operanti: caratteristiche del medico (chi lascia parlare di più è dotato anche di altre caratteristiche che migliorano la soddisfazione?), caratteristiche delle famiglie (le famiglie soddisfatte dell'assistenza e che instaurano relazioni meno conflittuali con l'equipe tendono ad essere più aperte e comunicative, e quindi a prendere più spazio nell'incontro?), oppure un'interazione fra questi fattori (i medici lasciano più facilmente la parola alle famiglie soddisfatte creando così un circolo virtuoso di disponibilità e soddisfazione?). Gli studi in quest'ambito specifico sono ancora insufficienti per poter abbozzare un tentativo di risposta plausibile a questo interessante quesito di ricerca tutt'ora aperto (McDonagh et al., 2004).

2.3 Studi riguardanti il rapporto tra comunicazione e aderenza ai trattamenti terapeutici

Una funzione tradizionalmente attribuita alla comunicazione tra medico e paziente è quella di facilitare l'aderenza ai trattamenti terapeutici. D'altra parte i dati confermano che i pazienti spesso non seguono le prescrizioni dei medici e la percentuale di non aderenti sembra addirittura arrivare talvolta al 40-50% (Ong et al., 1995). In quest'ambito la ricerca ha consentito di individuare e definire una molteplicità di fattori connessi all'aderenza la quale, è oramai ampiamente riconosciuto, non è un processo semplice e lineare di passiva obbedienza al medico quanto piuttosto un articolato processo di negoziazione tra medico e paziente (Majani, 2001). I fattori più importanti connessi all'aderenza e alla non aderenza ai trattamenti che sono stati indagati sono soprattutto le variabili relative al paziente (tra le quali figurano le caratteristiche demografiche, il supporto sociale, eventuali disturbi psichiatrici, ansia e

depressione, speciali difese rispetto alla malattia, difficoltà di comprensione o di memoria, aspetti personologici), nonché le variabili relative alla malattia e al trattamento. La comunicazione, in questi studi, è stata frequentemente concepita come “mezzo” per migliorare l’aderenza, ovvero come mezzo per superare le barriere costituite da carenze considerate insite nel paziente. Le più recenti teorizzazioni invitano, invece, a superare questa concezione. Aniché cercare la ragione della mancata aderenza soltanto nei limiti o nei problemi del paziente, si delinea sempre più chiaramente la tendenza a guardare alla comunicazione tra medico e paziente come al terreno sul quale costruire un’alleanza terapeutica che abbia lo scopo di produrre un risultato clinico (la guarigione o il miglioramento) attraverso la mediazione dell’aderenza alle prescrizioni (Majani, 2001). Gli studi tendono dunque, oggi, ad indagare e a descrivere soprattutto le connessioni esistenti tra caratteristiche dell’incontro tra medico e paziente e aderenza ai trattamenti (Butler et al., 1996; Feldman et al., 2002).

Ad esempio è stata documentata la tendenza dei medici a “ipercontrollare” il colloquio con il paziente, a dirigerlo, e a interrompere il paziente quando parla. Gli interventi dei medici, poi, sono costituiti soprattutto da domande chiuse relative agli aspetti organici e terapeutici mentre pochi sono gli interventi riguardanti aspetti psicologici o psicosociali ovvero riguardanti l’ambito in cui il vero “esperto” è il paziente: la sua percezione di malattia e di trattamento, le sue preferenze. Dagli studi emerge, in pratica, che medici e pazienti attribuiscono importanza in modo quasi opposto ad aspetti diversi della malattia o della cura e questo conduce inevitabilmente, in assenza di occasioni di chiarimento, a frequenti fraintendimenti, anche quando si tratti di importanti decisioni terapeutiche e di aderenza ad un trattamento medico (Butler et al., 1996; Feldman et al., 2002).

Gli studi a questo riguardo, ovvero riguardo al ruolo giocato dalla comunicazione tra medico e paziente nel far sì che le terapie e gli interventi siano meglio seguiti e possano essere dunque più efficaci, testimoniano decisamente il ruolo fondamentale assegnato dagli studiosi alla comunicazione nel determinare l’aderenza.

Molti di essi riguardano la *patient-centredness* ed il fatto che ad essa sia significativamente correlata la *compliance* ai trattamenti nonché la comprensione e memorizzazione delle informazioni. Questo aspetto è particolarmente importante nel caso della comunicazione di cattive notizie (quale una diagnosi di cancro) quando cioè la stessa comunicazione comporta uno stress ed uno *shock* tali da interferire con la memorizzazione ed il ricordo delle informazioni udite (Ong et al., 1995). L’insufficiente memorizzazione può comportare a sua

volta nel paziente la percezione di disporre di una quantità insufficiente di informazioni, percezione che può peggiorare ulteriormente i vissuti di incertezza, di ansia e di depressione. Gli studi indicano che è soprattutto la quantità di informazioni mediche fornite ad essere correlata al ricordo; l'atteggiamento "affettivo" del medico risulta invece più debolmente collegato al ricordo (Ong et al., 2000b).

Lo stato di salute del paziente, la sua qualità di vita, la sua aderenza ai trattamenti sono dunque indicatori considerati estremamente importanti (tranne forse nel caso di malattie incurabili e ingravescenti o croniche): lo studio di Kaplan et al. (1989) ha mostrato ad esempio che alcuni comportamenti comunicativi, quali ad esempio lasciare più controllo al paziente e meno al medico, lasciare al paziente la possibilità di fare domande e di interrompere, consentire comportamenti emotivi quali l'espressione di emozioni negative, fornire più informazioni, da parte del medico, in risposta alle esigenze informative effettivamente espresse dal paziente, sono correlati ad un migliore stato di salute del paziente. Dallo studio di Heisler et al. (2002) con pazienti cronici è emerso che i comportamenti dei medici che tendono a rinforzare nei pazienti la fiducia in loro stessi, la motivazione e una visione positiva del proprio stato di salute possono influenzare indirettamente, attraverso l'aderenza, la salute dei pazienti (Heisler et al., 2002).

Uno dei lavori più importanti, se non altro perché è stato di stimolo per una successiva serie di ulteriori riflessioni e studi rilevanti, è quello di Emanuel e Emanuel (1992). In questo antesignano studio si delineavano quattro possibili modelli del rapporto medico-paziente definiti sulla base, principalmente, dei *pattern* comunicativi tra i due attori coinvolti: *modello informativo* (nel quale il medico è un tecnico esperto e competente e fornisce le informazioni rilevanti basate sui fatti, al paziente spetta la scelta del trattamento); *modello interpretativo* (qui il medico è un consigliere e un consulente che cerca di capire e di interpretare ciò che è rilevante per il paziente, lo informa e aiuta nell'attuazione dell'intervento scelto); *modello deliberativo* (oltre a fornire informazioni il medico è un amico e un maestro, egli aiuta pertanto il paziente a comprendere quali valori sono contemplati nelle opzioni disponibili e indica a quali si dovrebbe aspirare, fornendo le relative ragioni) e infine il *modello paternalistico* (il medico pone il paziente di fronte ad una gamma già selezionata di informazioni per incoraggiarlo ad aderire alla scelta che egli considera ottimale, l'autonomia del paziente è costretta nei limiti dell'assenso verso questa scelta). I diversi modelli comportano dunque un diverso ruolo attribuito al medico e al paziente, un diverso grado di partecipazione e di autonomia ed esitano in effetti diversi, ad esempio nei termini dell'aderenza dei pazienti; nessuno stile è preferibile agli altri anche se esistono circostanze

particolari in cui un modello è decisamente preferibile ad un altro a seconda della situazione o degli scopi che ci si prefigge o delle caratteristiche dei pazienti, ecc. (Emanuel e Emanuel, 1992).

Un modello che si è occupato molto di comunicazione e aderenza è quello cosiddetto della “medicina centrata sul paziente” (Moja e Vegni, 2000). Centrale in questo modello di descrizione dell’incontro tra medico e paziente è il concetto di “*agenda*” del paziente, ovvero l’insieme di idee, sentimenti e aspettative che il malato porta con sé nel momento in cui richiede l’intervento del medico, quando, metaforicamente, “bussa alla sua porta” (Moja e Vegni, 2000). Solo comprendendo l’*agenda* del paziente, il suo modello implicito di malattia, la sua rappresentazione mentale, ed evitando di lasciarsi guidare da pregiudizi non verificati durante l’incontro, si possono comprendere i timori del paziente, le sue idee, gli aspetti eventualmente motivanti un’adesione convinta ai trattamenti e alle prescrizioni.

Gli studi e le elaborazioni teoriche sembrano indicare la tendenza, come abbiamo visto, a passare da una concezione individualista del rapporto tra comunicazione e aderenza ad una concezione interattiva e sempre più negoziale. Anche le pratiche cliniche sembrano includere sempre più frequentemente le voci dei pazienti nelle conversazioni che riguardano il loro trattamento.

2.4 Le competenze comunicative del medico nella Medicina Centrata sul Paziente: la formazione alla comunicazione e gli studi sull’efficacia dei programmi di addestramento

Abbiamo visto che i numerosi e pervasivi mutamenti della medicina, intesa come scienza e come pratica, comportano una revisione delle competenze relazionali e comunicative dei medici che devono essere in qualche modo adattate ai nuovi modelli emergenti.

Le competenze comunicative e relazionali specifiche impiegate dal personale medico e la loro influenza sull’esito delle consultazioni e degli incontri tra medico e paziente sono dunque un ulteriore importante capitolo dello studio della comunicazione nell’ambito medico.

Proprio il modello della “medicina centrata sul paziente”, attraverso l’introduzione di obiettivi specifici relativi alla dimensione soggettiva dell’“essere malati”, si propone di intervenire in modo importante nel modificare la consultazione medica sul piano comunicativo e relazionale: la comunicazione e la relazione in questo modello sono infatti gli «strumenti

irrinunciabili per il raggiungimento degli obiettivi specifici del nuovo paradigma» (Moja e Vegni, 2000).

Prima di illustrare alcuni dei principali risultati di ricerca riguardanti l'analisi delle competenze comunicative dei medici, vale la pena descrivere a grandi linee il modello della medicina centrata sul paziente a cui tali studi, generalmente, si rifanno.

Il modello viene generalmente descritto in contrapposizione con il modello di "medicina centrata sulla malattia". I riferimenti principali sono le teorizzazioni che si rifanno da una parte al modello *biomedico* e dall'altra a quello *biopsicosociale* della medicina (Engel, 1977) dai quali derivano, appunto, modalità diverse di pratica della medicina e ruoli diversi riservati al medico, al paziente, alla malattia e alla relazione.

In particolare il modello biomedico, caratterizzato dal suo «radicamento nel dualismo cartesiano, [dall']ipotesi della realtà ontologica delle malattie, [dall']afferinarsi dell'anatomia patologica, [dalle] scoperte della biologia e [dall']introduzione del disegno sperimentale» (Moja e Vegni, 2000, p. 19), è alla base del modello di medicina centrata sulla malattia (*disease centred*), ovvero quello che caratterizza la medicina moderna. Il modello è «rigorosamente biologico, radicato nella fisicità degli agenti patogeni, delle alterazioni d'organo o di tessuti, della farmacologia, un modello che si è fatto strada attraverso l'applicazione rigorosa di un metodo scientifico. Esso identifica chiaramente l'oggetto del suo interesse, la malattia, e definisce tale oggetto come l'alterazione di parametri biologici» (Moja e Vegni, 2000, p. 19). Questo modello prevede che gli scopi della medicina (e della visita medica) siano sostanzialmente l'identificazione della malattia attraverso i sintomi (diagnosi) ed il contrasto alla malattia attraverso rimedi che si siano rivelati scientificamente efficaci (terapia). La pratica della medicina basata su questo modello pone dunque al centro dell'attenzione la malattia definita in termini biologici così come anche il medico, unico accreditato esperto della malattia biologicamente intesa (Moja e Vegni, 2000). La relazione è dunque *doctor centred*, è il medico a dirigere il colloquio e a decidere cosa è rilevante e cosa non lo è: anche l'ascolto del paziente è orientato alla raccolta degli elementi che si connettono all'ipotesi di un danno o problema biologico mentre sono eliminate *a priori* come poco significative le informazioni connesse con tutto ciò che non è biologico.

La medicina *patient centred*, sulla scorta delle riflessioni e delle critiche mosse nel tempo al modello biomedico (Balint, 1970; Engel, 1977), integra, invece, la dimensione biologica della medicina tradizionale con una prospettiva in cui il malato è protagonista, in cui, cioè, ha rilevanza il vissuto di malattia di ciascun paziente, e coerentemente con il modello

biopsicosociale concepisce la malattia come evento complesso, non riducibile alla sola componente biologica ma come alterazione che inevitabilmente coinvolge tutte le parti che sono in relazione con essa nel “sistema uomo”, incluse quindi la componente psicologica e quella sociale che sono per definizione ineliminabili dall’esperienza che il paziente porta con sé nell’incontro con il medico. Dal punto di vista clinico questo modello si traduce in una medicina che pone al centro dell’attenzione il paziente, e non la sola componente biologica della sua malattia, che coinvolge attivamente il paziente e garantisce che il suo punto di vista, i suoi bisogni e le sue preoccupazioni siano colti nella relazione con il medico, di più, la loro comprensione diviene uno degli scopi prioritari nella prassi del medico. Medico e paziente partecipano dunque alla visita, ciascuno come esperto della propria parte: il medico esperto del disease e della cura, il paziente esperto della propria esperienza, del proprio vissuto che diviene in questo modello non un “di più”, un ostacolo da isolare, bensì parte integrante dell’incontro medico.

Il modello teorizza tre grandi funzioni della comunicazione durante le consultazioni mediche: la raccolta di informazioni dal paziente, la restituzione di informazioni al paziente e la creazione o il mantenimento della relazione fra medico e paziente. Per realizzare il primo obiettivo e cogliere così il punto di vista del paziente, la sua “agenda”, è importante sviluppare le tecniche e la capacità di raccogliere e usare i segnali emessi dal paziente, nonché la capacità di chiedere e di ascoltare (Moja e Vegni, 2000).

Alcuni studi si sono occupati di documentare “lo stato dell’arte”, di accertare cioè se i comportamenti comunicativi effettivi dei medici tendano ad essere in linea o meno con le indicazioni di questo modello. Gli studi mostrano che, in effetti, i medici tendono ad impiegare in misura estremamente ridotta queste capacità ritenendo prioritarie (coerentemente con il modello biomedico a cui essi principalmente si rifanno) altre funzioni dell’incontro quali il definire la diagnosi, impostare un trattamento, fornire indicazioni. Gli studi documentano anche il massiccio impiego, da parte dei medici, di domande chiuse piuttosto che aperte (forma di domanda che invece consentirebbe al paziente di esporre più liberamente le proprie istanze e i propri dubbi). Così, ad esempio, nello studio di Easter e Beach (2004), condotto utilizzando videoregistrazioni analizzate con il metodo della *Conversation Analysis*, è emerso che ben il 70% dei segnali “lanciati” dai pazienti, indizi di preoccupazioni, di questioni che essi avrebbero voluto discutere con il medico ecc., non sono stati viceversa da questi riconosciuti. Anche la fase di restituzione delle informazioni richiede lo sviluppo di capacità relazionali e di competenze comunicative specifiche quali la capacità di coinvolgere il paziente e di integrare il suo punto di vista nell’intero processo comunicativo attraverso le

cosiddette *checking skills* e *reflection skills* (Moja e Vegni, 2000). Anche in questo caso sembra emergere una diffusa difficoltà dei medici nel cogliere i segnali forniti dai pazienti e pertanto nel rispondere adeguatamente ai bisogni più o meno espliciti dei pazienti stessi. Lo studio di Libert et al. (2006), ad esempio, mostra che durante la visita viene prestata poca attenzione allo stile di comunicazione da parte del medico e inoltre che questo stile è profondamente influenzato dal *locus of control* del medico stesso e in particolare ne influenza il tempo e il modo di conversazione con il paziente o con il suo familiare. La consapevolezza del proprio stile, ne deducono gli Autori, potrebbe essere un importante aiuto per calibrare la comunicazione e le *communication skills* del medico.

Anche uno dei rari articoli italiani è dedicato alla disamina dello stato della comunicazione tra medico e paziente in Italia e sulle ragioni sociali e culturali di tale situazione (Proia, 2002). L'Autrice, in questo articolo, propone riflessioni sullo stato della comunicazione medico-paziente in Italia e sulle ragioni sociali e culturali di tale situazione. Proia, in particolare, sostiene che i programmi di informazione fino ad oggi non hanno avuto una larga diffusione in Italia perchè – secondo l'Autrice – essi sono per lo più concepiti per popolazioni anglosassoni che da tempo hanno acquisito una cultura del diritto-dovere all'informazione, rispondono a prassi dell'obbligo di informare acquisite solo recentemente in Italia, sono applicati all'interno di sistemi sanitari con maggiori risorse economiche e soprattutto organizzative rispetto a quelle italiane, e infine sono redatti da medici che solo negli ultimi anni hanno mostrato un crescente interesse per l'aspetto psicosociale nei riguardi del malato oncologico e che non hanno ricevuto nel corso della loro formazione una sufficiente formazione in materia.

Da uno studio di Curtis et al. (2001) relativo alla qualità della cura nella terminalità sono emerse 12 competenze del medico che, secondo i soggetti interpellati, contribuiscono a determinare la qualità della cura durante la fase terminale di malattia. Nella ricerca, di natura qualitativa, è stata utilizzata la tecnica del *focus group* (gruppi di pazienti, di familiari, di infermieri e di medici). I dati emersi sono stati sottoposti ad analisi del contenuto basata sulla *grounded theory*. Ciò che è emerso è che le “competenze comunicative” sono quelle che secondo i soggetti determinano in misura maggiore la buona qualità della cura. Queste competenze sono seguite dalla capacità di fornire “supporto emotivo”, di essere “disponibili e accessibili”, dalla “competenza professionale”, ecc. Le priorità assegnate alle varie competenze dai diversi gruppi (pazienti, familiari, infermieri e medici) sono risultate differenti tra loro: per i pazienti l'esigenza principale è risultata essere il “supporto emotivo” (che è solo al terzo o al quarto posto per familiari, infermieri e medici), per familiari e

infermieri la priorità è la “comunicazione con il paziente” (al secondo posto per gli altri) mentre i medici al primo posto hanno indicato “rispetto e umiltà”, voce situata tra il sesto e il nono posto per pazienti e familiari (Curtis et al., 2001).

Le difficoltà dei medici sembrano essere tali che alcune esperienze hanno condotto addirittura all’elaborazione di veri e propri protocolli che mirano a supportare i medici stessi nella comunicazione, in particolare di cattive notizie, attraverso la scomposizione del processo comunicativo in *step* successivi (Baile et al., 2000). Specie in un contesto storico e sociale nel quale i pazienti chiedono sempre più di essere informati e che le informazioni siano sempre più precise e dirette, e in cui la formazione dei medici alla comunicazione e alla relazione è sentita spesso come insufficiente, linee guida di questo genere sembrano riuscire talvolta a guidare efficacemente la comunicazione. Naturalmente occorre estrema prudenza e accortezza nell’effettuare questa operazione poiché si corre il rischio di confondere la tecnica (in questo caso le tecniche comunicative, la scomposizione in fasi, ecc.) con la scienza e con le competenze, come se fosse possibile ridurre la relazione e la comunicazione efficace alla mera applicazione di tecniche (si veda, a questo proposito anche Galli, 2003).

Una serie di studi sembrano documentare l’interesse dei medici e degli operatori sanitari per la formazione alla relazione e per l’acquisizione di competenze comunicative: risulta infatti fortemente avvertita da parte dei medici la lacunosità della loro formazione in quest’ambito e il loro bisogno di ulteriore formazione. Questo bisogno di continua “manutenzione” delle competenze comunicative e relazionali non è pertanto solo ideologica o teorica (derivazione del modello di “medicina centrata sul paziente”), essa emerge dagli studi, spesso qualitativi, che indagano i bisogni espressi a questo riguardo da medici (Tambone et al., 2007; Dosanjh et al., 2001; Grassi et al., 2000), pazienti e familiari (Curtis et al., 2001). Lo studio di Dosanjh et al. (2001), uno studio di tipo qualitativo in cui sono stati utilizzati *focus group* e analisi del contenuto del materiale emerso, ha consentito di rilevare che i medici (ad esempio già i giovani medici in formazione) generalmente conoscono le linee guida per la comunicazione di cattive notizie, che nonostante questo essi identificano, nell’affrontare questo compito, importanti barriere e difficoltà di natura personale o istituzionale/organizzativa ed infine che essi percepiscono con chiarezza sia le loro numerose aspettative di ruolo che la loro necessità di training specifico e più in generale di supporto (Dosanjh et al., 2001). Anche Grassi e i suoi collaboratori (2000), tramite una vasta indagine condotta tra medici del Nord Italia (675 medici a cui è stato chiesto di rispondere ad un questionario postale), hanno potuto rilevare, per ciò che concerne la difficoltà del comunicare cattive notizie, che solo una parte dei medici (il 45%) ritiene importante dire tutto ai pazienti e che una porzione molto più piccola di loro

(il 25%) dichiara di farlo effettivamente. Questi due studi sono certamente molto disomogenei tra loro non solo per area geografica interessata (il primo è stato condotto in Canada) ma anche per tipologia di soggetti interpellati, per impostazione e per metodologia utilizzata. Tuttavia, entrambi ci sembrano confermare sistematicamente la difficoltà vissuta dai medici nell'affrontare la comunicazione con i loro pazienti, in particolare di cattive notizie, notizie dolorose o tristi.

Poiché sono sempre più numerose le prove (ne abbiamo già ampiamente discusso) che una comunicazione empatica ed efficace con i pazienti e con i loro familiari può influenzare la cura e condurre a risultati desiderabili in termini di qualità di vita, di soddisfazione e di risultati medici, e poiché è sempre più sentita anche da parte dei medici l'esigenza di migliorare le proprie competenze comunicative, si sono moltiplicati negli anni i programmi di formazione alla comunicazione e alla relazione dedicati a medici e a infermieri. Si sono parallelamente moltiplicati gli studi relativi all'efficacia di tali programmi. I risultati di tali studi mostrano che le abilità comunicative e interpersonali possono essere insegnate e apprese e che tale processo è in grado di migliorare la capacità dei medici ad affrontare le più difficili sfide comunicative quali il comunicare cattive notizie, gestire le forti emozioni di pazienti e familiari, accompagnare il paziente da una fase di cura a quella delle cure palliative, discutere questioni riguardanti la fine della vita, ecc. (Baile e Aaron, 2005). Gli studi confermano inoltre che metodologie intensive e attive di addestramento (largo impiego del *role-playing* e del *feedback*, la formazione in piccoli gruppi) risultano più efficaci e che i cambiamenti ottenuti tramite simili programmi sono pervasivi e duraturi (Razavi et al., 2003). Risultano essere più deboli, invece, gli effetti sulla soddisfazione del paziente o sulla sua qualità di vita (Parker et al., 2001).

Le tendenze di ricerca più recenti sono quelle che mirano alla verifica dell'efficacia dei programmi di formazione attraverso studi randomizzati e controllati. Si tende inoltre a voler verificare la maggiore efficacia dei corsi focalizzati più precisamente e univocamente (ad esempio riguardanti in particolare la sola comunicazione di cattive notizie, o la rilevazione del disagio del paziente o la condivisione delle decisioni) rispetto ai corsi che trattano generiche "competenze comunicative". In una *review* Merckaert et al. (2005) sottolineano quanto sia stata a lungo trascurata la valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione e quanto questo sia invece un tema di rilevante importanza per gli studiosi della comunicazione oltre che per i formatori. I metodi principalmente utilizzati per valutare i cambiamenti nella comunicazione dei partecipanti si basano su: 1) informazioni derivate dai partecipanti (autovalutazione, comportamenti osservati durante l'intervista, funzionamento generale,

atteggiamenti, stress, ecc.); 2) valutazione delle competenze comunicative effettuata attraverso la codifica “oggettiva” delle registrazioni di visite mediche, reali o simulate, attraverso sistemi di analisi dell’interazione che utilizzano l’analisi *utterance per utterance* (frase per frase) (quali ad esempio il CRCWEM, il RIAS, e il MIPS⁴); 3) *outcome* relativi al paziente quali soddisfazione per la visita, *compliance*, ansia, qualità di vita.

Alcuni studi randomizzati e controllati hanno dimostrato l’efficacia di programmi di formazione basati sull’uso di tecniche attive centrate sulla teoria dell’apprendimento degli adulti, con l’impiego di situazioni simulate, in cui i discenti venivano esposti intensivamente (attraverso *workshop* che potevano durare anche diversi giorni) ad un training formativo sulle competenze relazionali e comunicative (Fallowfield e Jenkins, 2004). Altri studi (ad esempio Razavi et al., 2003) hanno dimostrato che una sensibilizzazione di base ai temi della comunicazione seguita da un training di consolidamento risulta efficace quanto (se non di più) i soli *workshop* intensivi ed è più adatta a trasferire le competenze acquisite nella pratica clinica quotidiana.

2.5 Lo studio del processo comunicativo: la conversazione, il discorso, l’interazione

Un’altra parte di studi riguarda infine l’analisi del processo comunicativo, ovvero l’analisi di ciò che concretamente avviene tra gli attori coinvolti nell’interazione, l’analisi di ciò che puntualmente e concretamente avviene durante la conversazione e che costruisce, nel suo svolgersi, la relazione tra il medico e il paziente. Si tratta di un genere di analisi certamente complesso ed ambizioso, che ha lo scopo di comprendere come si realizzi la comunicazione tra medico e paziente, come agiscano le variabili coinvolte e come esse si influenzino a vicenda. Le difficoltà di questo genere di analisi consistono certamente nella complessità del processo indagato ma anche nella difficoltà di “operazionalizzare” le variabili coinvolte in tali processi.

Occorre sottolineare in via preliminare che rispetto allo studio del processo la letteratura evidenzia un prevalente interesse per l’individuazione dei metodi più efficaci per il raggiungimento di questo complesso obiettivo. Gli studi effettuati in quest’ambito pongono dunque molta attenzione e dedicano molto spazio proprio al processo di costruzione degli strumenti e dei concetti utilizzati per l’osservazione degli eventi comunicativi. E’ la stessa

⁴ *Cancer Research Campaign Workshop Evaluation Manual (CRCWEM); Roter Interaction Analysis System (RIAS); Medical Interaction Process System (MIPS)* (Merckaert et al., 2005).

concezione di conoscenza, e delle modalità di conoscenza, ad essere differente rispetto agli studi che impiegano questionari, test e strumenti standardizzati assumendoli come esenti da *bias* e rimandando ad altri (ad esempio agli estensori degli strumenti medesimi) le riflessioni riguardanti la soggettività e la parzialità degli strumenti e il loro rapporto con l'oggetto di indagine (ovvero riguardo al fatto che lo stesso scegliere un certo strumento di rilevazione e di descrizione di un determinato fenomeno è ciò che fa sì che si individui proprio quel fenomeno reificato dalla nostra stessa attività di ricerca).

A questo scopo sono stati sviluppati vari strumenti di analisi dell'interazione, derivati tutti da diverse concettualizzazioni delle variabili e dei processi. I metodi utilizzati vanno dall'osservazione diretta all'analisi del contenuto delle conversazioni, dalla rilevazione di opinioni e rappresentazioni mentali (mediante resoconti degli interessati, interviste o *focus group*) allo studio della correlazione tra variabili dipendenti quali la classica soddisfazione del paziente e indicatori descrittivi dello scambio comunicativo (come ad esempio il tempo lasciato a ciascuno degli attori per esprimersi, il tipo e la quantità di domande, ecc.).

Ci soffermeremo brevemente sulle procedure più interessanti sviluppate e seguite nello studio della comunicazione tra medico e paziente: gli *Interaction Analysis Systems* e la *Conversation Analysis*.

Gli Interaction Analysis Systems

Gli strumenti di analisi dell'interazione (i cosiddetti *Interaction Analysis System – IAS*) rintracciabili in letteratura sono numerosi e vengono utilizzati in ricerca per identificare, categorizzare e quantificare gli aspetti di contenuto e le forme di comunicazione propri della consultazione medica.

Come rilevato dall'interessante *review* di Del Piccolo (1998) la maggior parte dei sistemi di analisi dell'interazione sinora formulati: 1) si fonda su una strategia di tipo osservativo (osservazione diretta, uso di video o audioregistrazioni o di trascrizioni di colloqui); 2) analizza lo scambio verbale, e più raramente il non-verbale; 3) implica la costruzione di un sistema di classificazione esaustivo per le componenti di interazione e una loro definizione operativa e 4) condivide la suddivisione dei contributi comunicativi in “aspetti strumentali”, legati alla cura e quindi basati sul compito (tipicamente il fornire informazioni e indicazioni), e “componenti socio-emotive”, finalizzate alla comprensione olistica del paziente. Questi sistemi consistono sostanzialmente in sistemi di codifica degli atti comunicativi attraverso i quali gli incontri video o audioregistrati vengono scomposti in singoli atti comunicativi

(*utterance*), codificati poi sulla base del contenuto e della connotazione emotiva e quindi “ricomposti” in termini di frequenze, di presenza/assenza di un certo comportamento comunicativo e così via.

Si rimanda al lavoro di Del Piccolo per un eventuale approfondimento dei vari singoli sistemi. Da questa *review* emerge che il sistema di analisi elaborato da Debra Roter (*Roter Interaction Analysis Sistem, RIAS: Roter, 1977*) è probabilmente l'evoluzione meglio riuscita del precedente e “classico” sistema di Bales (1950). Esso consente di cogliere aspetti contestuali e di contenuto applicati soprattutto al rapporto tra domande e risposte. Il RIAS è inoltre ancora oggi il sistema più utilizzato nelle ricerche internazionali ed è quello che ha maggiormente influenzato i sistemi di classificazione proposti successivamente. Il sistema di Wolraich e collaboratori (1986) ha il pregio di essere il primo che cerca di descrivere interazioni particolarmente stressanti e complesse che intercorrono tra più di due interlocutori (ad esempio intere famiglie), e che evidenzia sia aspetti legati al comportamento strumentale (passaggio di informazioni) che quelli legati al piano relazionale (comportamenti affettivi positivi o negativi di medico, consulente o paziente). I sistemi di Henbest e Stewart (1989) prima e di Brown e colleghi (1995) poi, sono interessanti poiché fondati, e quindi costruiti, a partire da un modello teorico a priori, quello dell'intervista “centrata sul paziente”. Infine, il sistema di Butow (Butow et al., 1995) ha il pregio di riferirsi all'analisi dell'interazione che avviene specificamente nel contesto oncologico, risulta sensibile ai diversi livelli dell'interazione (aspetti di processo o di contenuto, macro e micro livello di analisi) ed è formulato in modo tale da essere utilizzabile anche in forma computerizzata (si veda Del Piccolo, 1998).

Questi sistemi (i cosiddetti *IAS*) sono molto usati nelle ricerche sulla comunicazione (Zandbelt et al., 2005; Ong et al., 1999) e la loro efficacia nel distinguere tra aspetti relazionali e di contenuto della comunicazione è stata ampiamente documentata. Essi hanno inoltre consentito di indagare la relazione esistente tra alcuni aspetti del processo comunicativo e alcune misure di *outcome* del paziente ed hanno soprattutto permesso di indagare l'influenza reciproca dei comportamenti di medico e paziente mediante l'analisi della correlazione tra categorie descrittive dei sistemi di analisi e variabili descrittive quali la diagnosi, il sesso, l'età e altre simili variabili sociodemografiche. Lo studio di Zandbelt et al. (2005), ad esempio, ha impiegato un nuovo sistema di codifica, mentre quello di Ong et al. (1999) ha utilizzato il più collaudato RIAS. Questi studi hanno ad esempio confermato la possibilità di distinguere tra dimensioni diverse quali i comportamenti dei medici che risultano facilitanti la relazione e quelli inibenti (Zandbelt et al., 2005) nonché diverse

modalità di comunicazione in contesti medici diversi (ad esempio oncologia vs. medicina generale) (Ong et al., 1999). L'attendibilità di questi sistemi si è dimostrata alta sia qualora le interazioni vengano videoregistrate che quando sono audioregistrate, con una lieve maggiore accuratezza nel primo caso.

La principale critica che si può avanzare a questo genere di approccio riguarda la scarsa attenzione riservata agli aspetti sequenziali dell'interazione tra medico e paziente poiché con queste procedure vengono analizzate solo le distribuzioni di frequenza di determinati comportamentali comunicativi. L'aspetto sequenziale, che alcuni sistemi hanno tentato di includere, tende tuttavia ancora ad essere trascurato: vengono ancora privilegiati approcci che Del Piccolo definisce "atomistici" e che noi potremmo includere tra quelli comportamentisti, riconducibili al modello stimolo-risposta, poiché basati sul conteggio della frequenza osservata di determinate unità di interazione. Non è del resto semplice elaborare un sistema di analisi che rappresenti adeguatamente il succedersi di eventi che sono bidirezionali e altamente specifici – in termini se non altro di durata e di contenuto – con il medico ed il paziente che si influenzano reciprocamente. Medico e paziente, poi, utilizzano sistemi di riferimento diversi mentre dialogano: il medico sembra impiegare soprattutto un metodo finalizzato a raccogliere informazioni che siano il quanto più possibile "oggettive", mentre il paziente desidera generalmente essere compreso, cerca di dare un senso ai propri disturbi e vuole essere coinvolto nelle decisioni sul trattamento.

A proposito dell'analisi degli aspetti sequenziali degli incontri vanno segnalate alcune esperienze che, sempre utilizzando sistemi di analisi dell'interazione basati sulla classificazione di espressioni, cercano di studiarne le sequenze e quindi i *pattern* (Mazzi et al., 2003; Zimmermann et al., 2003). Dai loro studi emerge ad esempio che i pazienti offrono più segnali dopo interventi facilitatori provenienti dal medico, anche se non necessariamente dopo vere proprie domande aperte; a loro volta i medici sembrano incentivati ad utilizzare comportamenti comunicativi facilitatori dopo che i pazienti hanno impiegato proprio questo genere di espressione. Le analisi condotte sulla base di questo modello sequenziale risultano di non semplice realizzazione ma cominciano ad introdurre più chiaramente il concetto di interdipendenza dei comportamenti comunicativi nella ricerca (Mazzi et al., 2003).

La Conversation Analysis

Un'altra serie di studi, espressione di un diverso approccio e filone di interesse, utilizza l'analisi della conversazione con lo scopo di comprendere più precisamente come avvengano i

passaggi comunicativi tra gli attori coinvolti nella conversazione. In questo caso l'analisi non avviene più attraverso il mero conteggio di frequenze (ovvero la misura di quanto ricorra un comportamento piuttosto che un altro e della correlazione con i “*medical outcomes*”), quanto piuttosto attraverso l'inclusione nell'analisi di variabili più complesse quali la sequenza degli eventi, il loro significato per i partecipanti e soprattutto le variabili di contesto. Obiettivo dell'analisi conversazionale è infatti quello di comprendere come i comportamenti comunicativi operino, siano interpretati ed insistano simultaneamente a livelli multidimensionali del contesto (Sacks et al., 1974; Maynard e Heritage, 2005).

In quest'ambito di studi il significato sociale degli eventi comunicativi prende forma, e quindi dipende, dal contesto in cui essi sono situati. Il contesto, in questa accezione, non include solo i comportamenti verbali e non verbali precedenti l'interazione ma tutta la serie di strutture e situazioni sociali in cui quel comportamento comunicativo si colloca (quali le istituzioni sociali, il significato sociale degli oggetti, i ruoli sociali ed istituzionali dei partecipanti, le loro identità sociali, le azioni ed attività sociali in cui essi sono impegnati e le molte regole e norme sociali esistenti). In questa prospettiva ogni comportamento, sia verbale che non verbale, è un fattore che contribuisce, combinandosi con tutti gli altri, a costruire i significati contingenti all'incontro in un modo che Robinson e Stivers (2001) definiscono “olistico” e “metamorfico”.

Un interessante studio riferibile a questo ambito è proprio quello realizzato da Robinson e Stivers (2001) il quale utilizza la *Conversation Analysis* per indagare i passaggi che nella visita medica hanno luogo tra un tipo di attività e l'altra (in questo caso tra raccolta di informazioni anamnestiche e esame obiettivo). Lo studio utilizza l'analisi dei particolari eventi comunicativi, verbali e non verbali, che segnalano e determinano questo passaggio. Ciò che gli Autori argomentano è che alcuni comportamenti visibili e direttamente osservabili che il medico utilizza all'inizio della visita per la raccolta anamnestica (ad esempio il tenere in mano la penna per scrivere) diventano un codice, una forma di conoscenza condivisa, prodotta localmente, che poi il paziente comincia ad utilizzare come risorsa per decodificare e comprendere anche altri comportamenti (ad esempio appoggiare la penna) che indicano il passaggio ad una nuova attività (l'esame obiettivo). Lo studio mostra molto chiaramente come le azioni, sia verbali che non verbali, del medico e del paziente si coordinino e si integrino fluidamente nell'organizzare la sequenza comunicativa che consente di passare da una fase ad un'altra della visita medica. Dallo studio emerge che la sequenza delle fasi, già ordinate in senso normativo nelle idee che paziente e medico hanno sin dall'inizio, diviene rilevante, viene attivata, dai comportamenti e dalle attività che si realizzano localmente, nel “qui e ora”,

e che vengono interpretate dai partecipanti come comportamenti rilevanti per quel passaggio. Gli Autori concludono sostenendo che il passaggio da una fase ad un'altra della visita medica è un'attività già codificata dal medico e dal paziente (e quindi da loro già attesa) ma la cui realizzazione non può avvenire che nell'interazione, attraverso l'adozione dei comportamenti più adeguati e rispondenti a determinate situazioni e comportamenti dell'altro attore (ad esempio cogliere il movimento del medico di appoggiare la penna e quindi disporsi ad essere visitato da parte del paziente). Gli Autori sostengono anche che la produzione di tali comportamenti, da sola, non è sufficiente per spiegare il loro significato sociale. Questa comprensione emerge solo attraverso la contestualizzazione da parte dei pazienti del comportamento non verbale che precede la conversazione, della conversazione stessa durante l'attività che è in corso, delle caratteristiche tipiche, ovvero attese, di quell'attività (ad esempio l'anamnesi), ecc. Il significato sociale degli eventi comunicativi in generale e di quelli non verbali in particolare prendono dunque forma dalla varietà di contesti sociali nei quali essi sono inevitabilmente situati (Robinson e Stivers, 2001). Altri studi vanno nella direzione di confermare questi dati: dallo studio di Duggan e Parrott (2001) sono emerse relazioni significative tra uso di alcuni comportamenti non verbali del medico e tendenza del paziente all'autodisvelamento. Anche lo studio di Pomerantz e Rintel (2004) riguarda il modo in cui concretamente, durante l'interazione, vengono negoziati significati, ruoli e azioni attesi secondo aspettative di ruolo o norme sociali preesistenti ma che poi sono modulati, co-costruiti, in modo originale dagli attori durante l'interazione. L'aspetto specifico preso in considerazione in questo studio è la lettura e il commento di indici fisici (quali la temperatura e la pressione sanguigna) e il livello di "tecnicismo" impiegato dal medico, ovvero richiesto dal paziente, e dunque lo stile utilizzato (paternalistico vs. da esperto indipendente). Anche questo studio ha il merito di mostrare chiaramente, mediante i metodi della *Conversation Analysis*, che i ruoli agiti dal medico e dal paziente sono il prodotto della loro interazione e collaborazione continue. Il modo in cui il medico si comporta quando illustra i risultati dei test effettuati al paziente dipende dalle sue aspettative e dai pregiudizi circa il proprio ruolo e circa ciò che il paziente desidera, per cui il medico arriva ad offrire al paziente una certa definizione di ciò che egli è, nei termini di persona dipendente o che viceversa vuole essere protagonista attiva dell'incontro. Il modo in cui il paziente risponde a questa definizione, contestandola o accettandola, influenza e co-costruisce i successivi passaggi. Lo studio mostra che i ruoli che vengono concretamente agiti durante la visita non sono costruiti in un solo passaggio (*turn*) ma sono il frutto di un processo continuo di scambi (*turn by turn*), ognuno

dei quali influisce sullo scambio successivo, il quale implica anche, sempre, una certa incidenza delle aspettative di ruolo (Pomerantz e Rintel, 2004).

Approcci socio-costruzionisti allo studio dell'interazione

Un approccio molto interessante nello studio dell'interazione, specie delle sue caratteristiche dinamiche, processuali, è quello ispirato alle idee del socio-costruzionismo secondo cui i significati che le persone attribuiscono agli eventi non sono un fenomeno individuale, non si trovano “nella mente” delle persone, né sono determinati unilateralmente da un singolo individuo. I significati sono, viceversa, il risultato dell'attività *congiunta e coordinata* delle persone coinvolte nelle conversazioni. Al centro dell'analisi viene posta la relazione tra le persone piuttosto che i singoli individui, il processo e le pratiche piuttosto che i contenuti, la co-costruzione dei significati e la loro negoziazione nel “qui e ora” della conversazione (Pearce e Cronen, 1980; Gergen, 1999; McNamee, 2004). Per questi autori «la comprensione è attivamente *responsiva*, le parole pronunciate sono modellate da chi ascolta il quale le comprende rispondendo al loro richiamo» (Bakhtin, 1986). Gli interlocutori si aspettano risposte, accordo, comprensione, obiezioni, giudizi e così via, poiché questo consente un continuo adattamento e coordinamento del flusso comunicativo in corso.

L'approccio dialogico alla comunicazione, date queste premesse, enfatizza dunque la qualità relazionale della comprensione e l'importanza dell'azione congiunta dei comunicanti. Qualora applicato ad un contesto medico l'approccio dialogico suggerisce che, perchè siano davvero utili, la “*expertise*” e le conoscenze, spesso specialistiche, del medico devono essere situate in un contesto relazionale. Esse divengono utili, cioè, quando sono indirizzate a qualcuno che conferisce loro valore e rilevanza mediante un processo di scambi conversazionali.

Gli studi ispirati a questo approccio sono ancora poco numerosi, anche per le evidenti difficoltà di tipo metodologico. Uno studio interessante in cui gli autori hanno utilizzato un approccio dialogico (anche se in un contesto non medico quale ad esempio quello dell'insegnamento) è quello di Stewart e Zediker (2000). Per questi Autori, ispirati alle posizioni di Bakhtin e del socio-costruzionismo, il dialogo «è una *pratica* che è intrinsecamente e irriducibilmente *etica* e anche *tensionale*». La “tensione” che gli Autori intravedono nella pratica del dialogo consiste nel suo oscillare, tendere, avere la possibilità di situarsi tra, ecc., due poli di vari *continua* il principale dei quali ha ad un estremo il “lasciare che l'altro mi accada” (*let the other happen to me*) e all'estremo opposto il “tenere saldo il proprio terreno” (*holding my own ground*). Il modo in cui l'incontro e la conversazione procederanno, i significati che saranno prodotti, saranno il risultato di una negoziazione

momento per momento tra i partecipanti. Diventa pertanto impossibile, secondo gli Autori, offrire strumenti e tecniche che possano garantire che un incontro sia “dialogico”: c’è solo la tensione, l’essere aperti all’altro, alle molte voci, al “qui e ora”.

L’esperienza a cui Stewart e Zediker fanno riferimento riguarda il dialogo con gli studenti, in un contesto educativo, ma il modo di descrivere il dialogo è applicabile ad altri contesti, incluso il contesto dell’incontro medico. Nel contesto d’aula le dimensioni della “tensione” che gli Autori considerano come determinanti, sono: (a) lasciare che l’altro ci accada vs. tenere saldo il nostro proprio terreno (il nostro punto di vista e *background*); (b) l’univocalità vs. la multivocalità e (c) la teoria vs. la pratica. Quali dimensioni caratterizzano invece l’incontro tra medico e paziente? Come può essere descritta questa relazione nei termini del dialogo che c’è tra gli attori coinvolti? Quali sono le polarità che meglio la descrivono?

Gli studi di Arlene Katz e John Shotter (Katz e Shotter, 1996; Katz et al., 2000) rappresentano un ulteriore tentativo di studiare la relazione, e soprattutto la comunicazione, tra medici e pazienti da una prospettiva socio-costruzionista. Questi Autori privilegiano pertanto: 1) lo studio di casi singoli, dalla valenza del tutto “locale”; 2) l’analisi della conversazione così come essa emerge dall’incontro del medico e del paziente mentre è in atto; 3) l’analisi di dettagliati momenti che per qualche motivo divengono particolarmente salienti o pregnanti, momenti in cui qualcosa emerge nella conversazione, qualcosa di significativo che prende la forma, secondo il lessico degli Autori, di *arresting moments*, *moving moments*, *living moments* o infine *poetics moments* (Katz e Shotter, 1996).

Un loro interessante studio (Katz e Shotter, 1996) ha per oggetto l’incontro tra medico e paziente in occasione di prime visite e la conversazione che ha luogo tra di essi in quell’occasione. In questo studio il ricercatore partecipa in qualità di osservatore (ma l’osservazione è già un’azione che modifica il sistema osservato – Fruggeri, 1993; McNamee, 1987) alle visite eseguite da un gruppo di medici in formazione. Lo scopo di questa partecipazione è quello di osservare il processo comunicativo e di ragionare con i medici, dopo la visita, sui casi incontrati e sulle conversazioni che si sono avute. Questo studio consente agli Autori, attraverso il resoconto delle visite ed il racconto di alcuni brani di esse, di analizzare dettagliatamente la conversazione, i livelli possibili di lettura (le voci rappresentate) e il modo (vale a dire il processo) in cui durante quella particolare visita si è giunti a costruire quel particolare significato e non un altro (ad esempio a definire come “patologico” un comportamento perfettamente comprensibile alla luce invece di riferimenti culturali “altri”). L’interesse degli Autori è rivolto a quanto accade momento per momento

nella relazione, vale a dire a quanto accade nella situazione sociale costituita da quel particolare incontro, con un'attenzione forte al suo carattere "locale". Queste caratteristiche rendono questo studio particolarmente rappresentativo dell'approccio socio-costruzionista.

Tutta questa serie di studi è, come abbiamo potuto vedere, estremamente diversa da quelli che abbiamo prevalentemente riscontrato nell'ambito di nostro interesse (la relazione e la comunicazione tra medico e paziente), si tratta di studi spesso difficilmente confrontabili tra loro, data la loro natura qualitativa ed il loro essere estremamente ancorati al contesto, ma al contempo in grado di mettere in evidenza aspetti della comunicazione e della relazione che i metodi "quantitativi" non riescono a cogliere (quali le dinamiche interattive attraverso le quali gli attori coinvolti nell'incontro realizzano, costruiscono, la loro particolare relazione e raggiungono, attraverso tale relazione, i loro scopi). Un'altra peculiarità di queste ricerche, infine, è quella di riferirsi a veri e propri "interventi" o, meglio, la realizzazione dello studio, che ha lo scopo di comprendere come si realizzi la comunicazione tra gli interlocutori, è essa stessa un intervento (Fruggeri, 1993; McNamee, 1987). La ricerca si configura qui, cioè, "come un processo interattivo, dagli effetti imprevedibili e inattesi, che innesca ulteriori processi al di là delle aspettative dei ricercatori e degli operatori" (Fruggeri, 1993).

E' per questa serie di motivi che risultano ancora poco numerosi gli studi che, utilizzando un approccio strettamente socio-costruzionista in grado di valorizzare appieno la prospettiva sociale di analisi dei processi di costruzione della realtà (Fruggeri, 1998), si sono apprestati a descrivere e ad analizzare la comunicazione così come essa avviene nel peculiare contesto della medicina, ad esempio durante le consultazioni mediche.

In questa breve rassegna di studi e di contributi teorici sono riconoscibili due linee tematiche: da una parte gli sviluppi e i cambiamenti avvenuti nella medicina, intesa come scienza e come pratica professionale, e dall'altra i temi connessi allo studio della comunicazione interpersonale, inclusa la comunicazione tra medico e paziente. Entrambi questi ambiti disciplinari sono in evoluzione e stanno muovendosi lungo direttrici che non sempre risultano di semplice comprensione o facilmente gestibili da parte di chi vi è profondamente coinvolto o che ne percepisce i cambiamenti (medici e pazienti, ad esempio). La medicina rischia di non svolgere adeguatamente il proprio compito per eccessivo riduzionismo, lo studio della comunicazione corre talvolta lo stesso rischio.

Richiamandoci ad una distinzione piuttosto diffusa tra i sociologi potremmo pensare ad entrambi questi ambiti come profondamente coinvolti nella transizione tra il cosiddetto “modernismo” ed il “post-modernismo”, alle prese con problemi nuovi ma dotati di strumenti concettuali e di teorie ancora derivati dall’epistemologia della modernità (Manghi, 2004). Così, ad esempio, la letteratura riguardante la comunicazione tra medico e paziente ha prodotto un numero davvero considerevole di risultati ed evidenze empiriche, ottenuti prevalentemente mediante studi, spesso brillanti, informati a modelli individuali di descrizione della relazione e della comunicazione.

Molto brevemente, una prima linea di studi ha dimostrato che le comunicazioni dei medici durante le visite consistono in comportamenti comunicativi ora “strumentali” (che rappresentano tra l’altro la *expertise* del medico nel fare diagnosi e nell’individuare trattamenti) ora “affettivi e socioemotivi” (che contribuiscono a stabilire la relazione interpersonale con il paziente). Si è dimostrato che questi due aspetti del comportamento comunicativo del medico interagiscono continuamente influenzando tra l’altro la valutazione che i pazienti danno delle cure mediche e di altri esiti studiati nelle ricerche come variabili di risultato. Un altro insieme di studi ha dimostrato l’associazione positiva tra alcuni aspetti della comunicazione del medico e del paziente e vari risultati importanti quali la riduzione vera e propria dei sintomi e della necessità di cure, miglioramenti in indici fisici come la pressione e la glicemia, la riduzione dei tempi di ricovero, così come anche la soddisfazione dei pazienti per le cure mediche, la loro capacità di comprendere e ricordare le informazioni che riguardano la diagnosi e le terapie e dunque l’aderenza ai trattamenti.

Sulla base di questi risultati empirici e di questo accumulo di sempre più solide conoscenze circa il ruolo della comunicazione tra medico e paziente, si sono sviluppati e sempre più implementati programmi e interventi miranti allo sviluppo delle competenze comunicative degli operatori sanitari. Va ricordato che gli studi italiani inerenti il tema della comunicazione fra medico e paziente sono tutt’altro che numerosi, e che quelli rinvenuti hanno soprattutto una valenza applicativa e si riferiscono per la maggior parte proprio ad esperienze di formazione alla relazione e di implementazione delle competenze comunicative (Goss e Del Piccolo, 2003; Proia, 2002; Saltini e Del Piccolo, 2000; Moja e Vegni, 2000).

Con il procedere degli studi e delle conoscenze a questo riguardo si sono iniziate ad avere anche le prime critiche da parte degli studiosi, e queste fanno riferimento soprattutto al fatto che i sistemi di codifica e di analisi dell’interazione troppo spesso mancano di una guida teorica, di una teoria di riferimento che consenta di comprendere e spiegare adeguatamente

l'interazione. Anche per questo motivo probabilmente si assiste oggi ad un continuo proliferare di sistemi di codifica sempre nuovi e diversi che non consentono il raffronto tra i dati emergenti da diversi contesti e in diverse condizioni, non consentendo pertanto nemmeno la creazione di linguaggi comuni ed il confronto circa comuni quesiti di ricerca. Questo confronto è particolarmente carente, o forse solo particolarmente difficile, anche per ciò che concerne le differenze culturali (e quindi anche linguistiche, dato il particolare ambito di indagine, connesso al linguaggio e alla lingua oltre che alla cultura di medici e pazienti).

Un'altra critica, forse una delle più importanti, riguarda l'approccio eccessivamente individualistico allo studio della comunicazione, che prende in considerazione la sola diade medico-paziente, quando invece la forma dell'interazione e i risultati della comunicazione sono evidentemente connessi a molti altri attori (altri significativi per il medico e per il paziente, altri che hanno contribuito o contribuiranno alle decisioni e alle pratiche anche solo diagnostiche o terapeutiche ecc.) e coinvolgono quella che alcuni chiamano polifonia o multivocalità (Bakhtin, 1986; Stewart e Zediker, 2000).

Gli studi sulla comunicazione tra medici e pazienti, infine, impiegano spesso modelli deterministici, secondo i quali caratteristiche stabili delle persone sono responsabili dell'esito della comunicazione per cui questa dipenderebbe dalle abilità e dalle competenze (di comunicazione o di ricezione) possedute dagli individui. Questi modelli, percepiti come più "empirici", non consentono tuttavia di comprendere appieno come gli attori sociali coinvolti nell'incontro negozino e coordinino di volta in volta i significati emergenti dall'incontro stesso. Ci sembra che i concetti del costruttivismo sociale applicati all'interazione interpersonale e alla comunicazione possano fornire un contributo utile a superare questi limiti e portare ad una comprensione più accurata dell'interazione che avviene quando il medico (e tutte le sue voci) e il paziente (che a sua volta porta con sé tutto un mondo di altre voci) si incontrano e congiuntamente negoziano un qualcosa (i significati co-costruiti nella relazione) che sarà nuovo e imprevedibile.

Abbiamo voluto iniziare questo nostro lavoro con il racconto del Narratore per eccellenza, Omero, con l'idea di partire dalle origini dell'incontro tra medico e paziente: volevamo comprendere come e quanto le descrizioni di questo rapporto si sono modificate (e abbiamo potuto constatare che questi cambiamenti sono stati notevoli e pervasivi). Volevamo altresì testimoniare la natura narrativa dell'esperienza stessa del conoscere e del descrivere gli eventi che ci circondano e che ci incorporano anche attraverso le storie e le voci che le narrano.

3. LA RICERCA

Nell'ideare e nel realizzare la nostra ricerca abbiamo cercato di tenere in considerazione la natura dinamica e processuale della comunicazione e di disegnare uno studio che potesse contribuire a comprendere meglio il ruolo della comunicazione stessa nella costruzione della relazione tra medico e paziente.

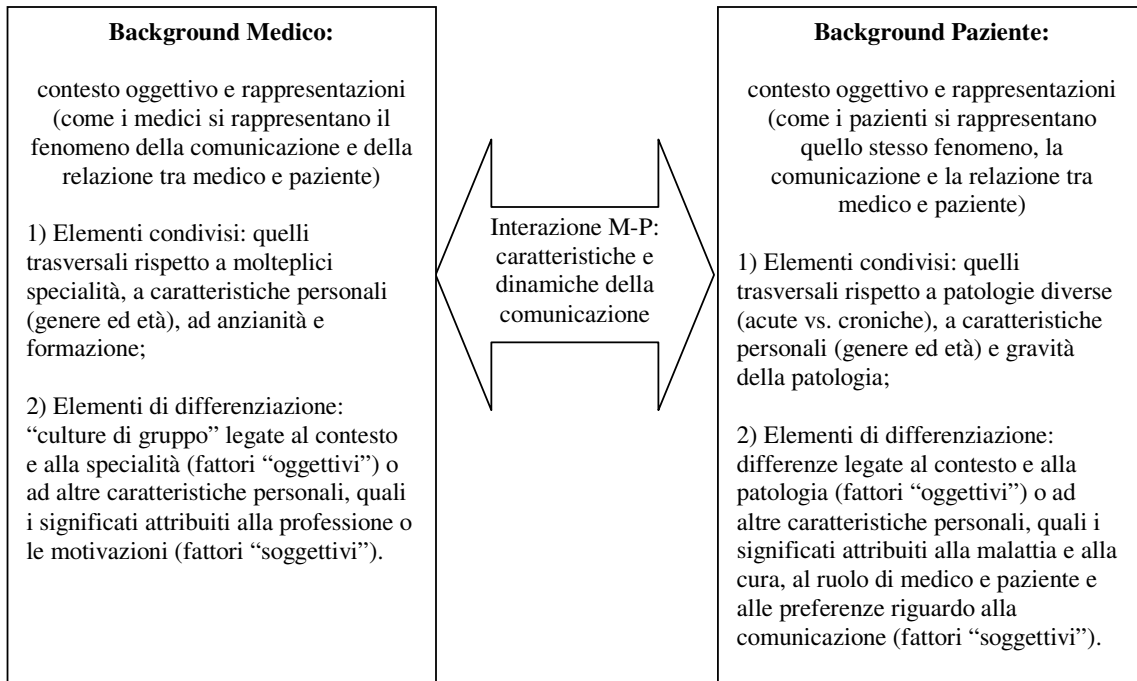
3.1 Obiettivi e articolazione della ricerca

L'obiettivo generale dello studio che abbiamo condotto consiste infatti in una più puntuale conoscenza ed una più approfondita comprensione del ruolo della comunicazione nella relazione tra medico e paziente.

In particolare la nostra attenzione si è rivolta alle modalità con cui si svolge la comunicazione durante le visite mediche effettuate nell'ambito di diverse specialità presenti in un grande centro ospedaliero.

Abbiamo assunto, cioè, la visita medica come momento cardine nella costruzione della relazione tra medico e paziente. In particolare consideriamo l'interazione che avviene tra medico e paziente come centrale, dotata di caratteristiche peculiari (quali l'asimmetria esistente tra medico e paziente ed il forte impatto emotivo che i contenuti dell'incontro generalmente comportano) e definita da specifiche dinamiche comunicative (Figura 1). Sono tali dinamiche, quello che avviene nel "qui e ora" dell'incontro, a dare forma alla relazione che si crea in quel momento tra "quel" medico e "quel" paziente. Presupposto fondamentale in questa concezione è dunque l'idea che la relazione tra medico e paziente sia costruita attraverso la loro interazione e attraverso la comunicazione.

Figura 1 Modello teorico: la visita medica come evento interattivo con peculiari caratteristiche, che avviene in un preciso contesto di significati e rappresentazioni degli attori coinvolti



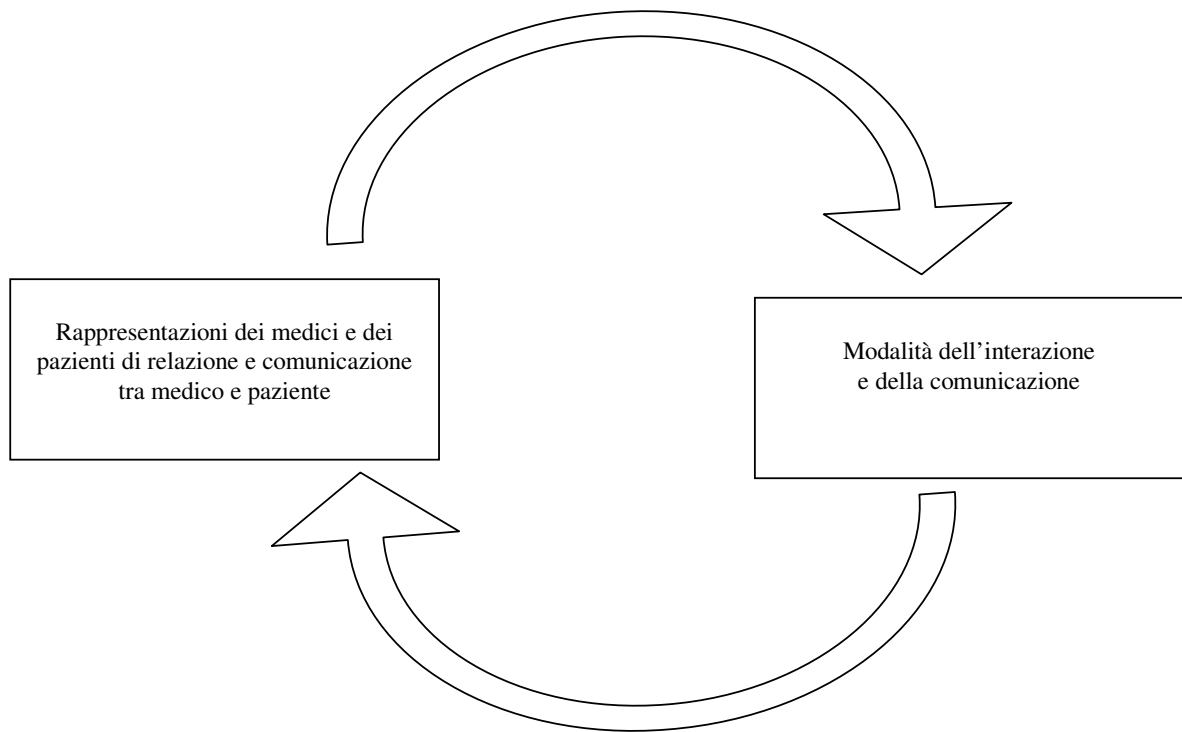
Interazione e comunicazione non possono tuttavia essere considerate le uniche determinanti della forma della relazione: l’interazione avviene in un contesto che contribuisce a dare forma e significato all’interazione stessa e alla comunicazione.

Consideriamo come contesto sia quello definibile attraverso le sue caratteristiche oggettive quali l’ambiente fisico nel quale si svolge l’interazione (l’ospedale o il domicilio del paziente), il tipo di patologia e le restrizioni a cui essa eventualmente costringe, il livello di gravità della malattia del paziente, nonché alcune caratteristiche socio-demografiche di medico e paziente quali l’anzianità di servizio del medico e la sua formazione, il tipo di specializzazione ecc.; sia l’insieme delle rappresentazioni e dei significati che organizzano il sistema di idee, sentimenti e comportamenti di medico e paziente e che essi inevitabilmente “portano” nel loro incontro.

Possiamo pensare a questo genere di contesto come al *background* su cui si fonda e si sviluppa l’interazione tra medico e paziente nonché la comunicazione tra di essi. Tale *background* a sua volta non preesiste semplicemente all’interazione determinandola e facendo da scenario per l’azione ma è definito, costruito e costantemente modificato proprio a partire dalle interazioni tra gli attori sociali (nel nostro caso dal medico e dal paziente e da tutti gli

“altri significativi” implicati a qualche titolo nell’incontro). Non concepiamo, cioè, il nostro campo di indagine come descrivibile in termini di relazioni deterministiche: l’interazione tra gli attori in un certo contesto, la loro comunicazione, e le rappresentazioni che essi hanno dell’interazione e del contesto si influenzano ricorsivamente in un processo di continuo aggiustamento e di ridefinizione costante (Fruggeri, 1997) (Figura 2).

Figura 2. Modello teorico: interazione e rappresentazioni dell’interazione e del contesto come ricorsivamente influenzantisi in un processo di ridefinizione costante



Alla luce di queste considerazioni teoriche risulta evidente che per poter cogliere i processi implicati nella costruzione della relazione, nel coordinamento reciproco di medico e paziente, obiettivo principale dello studio, è importante, se non addirittura indispensabile, indagare anche il contesto entro cui tali processi prendono corpo e si realizzano. Parte integrante di tale contesto è il mondo dei significati e delle rappresentazioni che gli attori implicati hanno dell’ambito della loro interazione e delle funzioni che la loro relazione svolge. Per questo motivo si è deciso di indagare tali rappresentazioni, in particolare sono state indagate le rappresentazioni che i medici hanno della relazione con i pazienti, come essi rappresentano il tema della comunicazione tra medico e paziente, si è voluto cioè indagare il *background* inteso sia nei termini degli elementi condivisi, trasversali (rispetto, ad esempio, a discipline

diverse, a patologie diverse, e a caratteristiche personali quali genere ed età, ad anzianità e formazione), che nei termini degli elementi di differenziazione eventualmente caratterizzanti medici diversi.

A partire da queste considerazioni sono stati condotti due differenti studi miranti ad indagare le due dimensioni principali: quelle processuali, legate all'interazione che si verifica durante la visita medica, la dinamica della relazione nel momento dell'incontro tra medico e paziente, il modo in cui avvengono gli incontri tra i pazienti e i loro medici, le caratteristiche di quegli incontri, le modalità e le dinamiche con cui la comunicazione struttura la storia relazionale di quanti sono coinvolti nell'incontro costituito dalla visita medica (studio 1) e la ricostruzione delle "rappresentazioni" che i medici hanno del rapporto tra medico e paziente, con particolare attenzione alla comunicazione che scandisce tale rapporto nonché al significato e al ruolo ad essa attribuiti in relazione al processo di cura (studio 2).

Obiettivo del primo studio era quindi osservare come avvengono gli incontri tra medico e paziente e mettere così a fuoco le modalità con cui la comunicazione struttura la storia relazionale di quanti sono coinvolti nell'incontro costituito dalla visita medica.

L'obiettivo del secondo studio era legato all'esplorazione delle modalità con cui sono articolate le rappresentazioni che i medici hanno, in generale, del "rapporto tra medico e paziente", con l'attenzione focalizzata sul ruolo assegnato alla comunicazione nel caratterizzare tale rapporto, nonché sul significato ad essa attribuito in relazione al processo di cura.

Per realizzare il primo studio si è ritenuto necessario procedere ad una analisi "longitudinale" dei fenomeni comunicativi studiati unitamente ad un'analisi dei cambiamenti (nonché delle costanti) che si registrano nel tempo, nel procedere da una visita a quelle successive. Vista la particolarità del contesto relazionale in cui hanno luogo gli scambi comunicativi si è cercato in particolare di accertare se e come variano le modalità comunicative in relazione alle caratteristiche del medico (ad esempio in relazione al suo stile comunicativo), alle caratteristiche del paziente (ad esempio in relazione al tipo e alla gravità della patologia) e al grado di conoscenza reciproca di medico e paziente. A questo proposito eravamo soprattutto interessati a comprendere se alla presenza di tali caratteristiche risultassero associati specifici *pattern* comunicativi e a coglierne le caratteristiche. Eravamo cioè interessati ad indagare se e come variano le dinamiche comunicative in relazione a caratteristiche qualitative degli

“atteggiamenti relazionali” dei medici e dei pazienti quale, ad esempio, la *patient centredness* della visita medica (Roter, 1992).

Attraverso il secondo studio abbiamo voluto ricostruire da una parte il campo condiviso – i cosiddetti “aspetti consensuali della rappresentazione” secondo il modello di Reicher e Sani (1998) – ma allo stesso tempo individuare gli elementi che, viceversa, differenziano le posizioni dei vari medici in merito alle loro rappresentazioni del rapporto tra medico e paziente.

Il metodo di indagine scelto a questo scopo è stato l’intervista in profondità proposta ad un gruppo eterogeneo di medici specialisti. Ci attendevamo, infatti, che tra i vari sistemi di significato delineati sarebbero potuti emergere elementi condivisi – trasversali rispetto alle diverse discipline specialistiche praticate, alle caratteristiche personali (genere ed età soprattutto), all’anzianità e alla formazione – ma ci attendevamo, nel contempo, anche elementi di differenziazione legati alla specialità praticata o ad altre caratteristiche personali, quali i significati che ciascun medico attribuisce alla professione o, ad esempio, le motivazioni che hanno condotto alla scelta della professione stessa.

E’ il caso di precisare che la ricostruzione delle rappresentazioni realizzata con il secondo studio non risponde in alcun modo allo scopo di verificare la coerenza tra queste e l’azione concreta nelle visite mediche già indagata (e videoregistrata). Come è stato già precisato, tale ricostruzione mira piuttosto ad una descrizione dei sistemi di valori, credenze e attese che caratterizzano il contesto medico in cui si svolge la ricerca. L’approccio adottato nella ricerca considera infatti l’interazione comunicativa tra medico e paziente (modalità e contenuti) come processo costruttivo a cui i comunicanti partecipano parimenti. In tale processo essi non entrano certo “a mani vuote” (cioè privi delle rappresentazioni degli oggetti salienti nei rispettivi spazi di vita, nel caso specifico il tipo di relazione che li connette) e proprio per questo si trovano implicati in una dinamica di negoziazione il cui esito consiste in un continuo “riaggiustamento dei punti di partenza”. In questa prospettiva apparirebbe di per sé contraddittorio attendersi piena coerenza tra i comportamenti comunicativi osservati nei medici in una specifica situazione di rapporto con un altrettanto specifico paziente e le modalità con cui i medici si rappresentano più in generale “il” rapporto e attribuiscono significati e ruoli alla comunicazione.

Per questo stesso motivo i medici partecipanti a questo secondo studio sono medici diversi dai tre che hanno partecipato al primo studio acconsentendo di essere registrati durante alcune loro visite.

3.2 Strategie di indagine: metodi qualitativi e metodi quantitativi

La natura dello studio, il suo carattere descrittivo, e gli obiettivi di ricerca che ci eravamo posti hanno comportato, dal punto di vista metodologico, la scelta di metodi di ricerca di natura qualitativa, più adatti a rilevare e a descrivere i processi comunicativi e le dinamiche interattive oggetto della nostra indagine. Più in particolare il disegno di ricerca prevedeva la realizzazione di due distinti studi e l'applicazione di strumenti diversi per lo studio delle dimensioni indagate⁵.

Il primo studio ha comportato la videoregistrazione e l'analisi di un limitato numero di visite mediche (precisamente ventisette visite) realizzate dai medici coinvolti nello studio. Previo consenso del paziente e del medico è stato raccolto il materiale videoregistrato che successivamente è stato sottoposto ad un'analisi dell'interazione attraverso un metodo standardizzato di analisi, il *Roter Interaction Analysis System* (RIAS, allegato 1). Le medesime videoregistrazioni sono state sottoposte anche ad un'analisi centrata sulle variabili di processo della comunicazione mediante metodo clinico. Le visite registrate sono state, in particolare, la prima, la seconda e la quarta (o quinta) visita (visita di *follow-up*). L'obiettivo che ci si proponeva con questa scelta, ovvero la videoregistrazione di visite consecutive dello stesso medico e dello stesso paziente sin dal loro primo incontro, è quello di analizzare il modo con cui vengono co-costruite le relazioni durante l'interazione rilevando, ad esempio, cosa di ogni interazione può essere riscontrato nelle visite successive come esito della co-costruzione delle relazioni presupposta nello studio.

Il secondo studio ha comportato la realizzazione di interviste che avevano come scopo la rilevazione delle rappresentazioni che i medici hanno del rapporto tra medico e paziente, rappresentazioni che consideriamo utili a definire le marche di contesto entro cui si inscrive ed avviene la comunicazione e la relazione con i pazienti. Come già precisato, le interviste in profondità sono state proposte ad un gruppo di medici diverso dal gruppo di chi aveva partecipato alla videoregistrazione delle visite (sono stati intervistati 20 medici in tutto). Per la realizzazione delle interviste si è seguita una traccia (allegato 3) utilizzata come guida per l'intervistatore. Le interviste registrate sono state trascritte e analizzate mediante analisi del contenuto eseguita tramite il programma ATLAS-TI. Questa analisi mirava a comprendere

⁵ Gli strumenti di rilevazione e di analisi utilizzati saranno descritti in dettaglio più sotto, nei paragrafi dedicati ai due diversi studi.

quali rappresentazioni del rapporto medico-paziente e della comunicazione emergano nel gruppo “target” del nostro studio, i medici, quali rappresentazioni, cioè, facciano da sfondo, da *background*, per le azioni che si concretizzano nella visita medica. Il fatto di ricorrere a due diversi gruppi di soggetti per i due studi è servito ad evitare che le risposte fornite dai medici all’intervista fossero influenzate dai comportamenti concretamente messi in atto durante la precedente fase di videoregistrazione delle visite mediche. Tale scelta è inoltre in linea con il presupposto teorico della ricerca secondo il quale non c’è rapporto di causalità tra idee e rappresentazioni dei soggetti e le loro azioni concrete (comportamenti relazionali) bensì un più complesso rapporto di reciproco influenzamento, di ricorsiva e reciproca costruzione e ri-costruzione.

In sintesi, le dimensioni indagate dai due studi sono identificabili nelle seguenti:

1. dinamiche comunicative intese come tecniche comunicative utilizzate durante l’incontro tra medico e paziente, rilevate attraverso la videoregistrazione di visite mediche condotte in ambulatorio e analizzate mediante l’applicazione del RIAS (*Roter Interaction Analysis System*) alle videoregistrazioni (Roter, 1991);
2. dinamiche comunicative e relazionali emergenti durante la visita, indagate tramite l’analisi qualitativa con metodo clinico del contenuto delle conversazioni registrate (Galimberti, 1992);
3. rappresentazioni della relazione tra medico e paziente, ovvero analisi degli schemi di riferimento impliciti con cui i medici affrontano la relazione con il paziente, dimensione indagata principalmente mediante intervista semi-strutturata rivolta ai medici (Manghi e Tomelleri, 2004) ed analizzata attraverso l’impiego del programma Atlas-ti.

3.3 Studio 1: L'interazione comunicativa tra medico e paziente: dinamiche e processi

Obiettivi

Come si è già detto (cfr. paragrafo 3.1) il principale obiettivo del primo studio era la rilevazione e l'analisi delle dinamiche interattive e dei processi comunicativi che caratterizzano la relazione tra medico e paziente.

In questa prospettiva si è innanzitutto rivolta l'attenzione agli scambi comunicativi attraverso i quali medico e paziente scandiscono la relazione stessa nel corso di una serie di visite specialistiche videoregistrate negli ambulatori di alcuni medici ospedalieri. Un ulteriore interrogativo a questo proposito riguardava l'eventuale esistenza di analogie o di differenze nelle modalità assunte dalla comunicazione nell'ambito delle tre diverse specialità su cui si è incentrato lo studio. Un terzo obiettivo, infine, riguardava le modalità con cui gli scambi comunicativi che si succedono nel tempo (prima, seconda visita e visita di *follow-up*) in ciascuna delle specialità prese in esame si modificano, evolvono, piuttosto che ripetersi con costanza, in modo stabile.

Dallo studio ci attendevamo, dunque, di poter ricavare indicazioni utili a comprendere le dinamiche interattive sulla base delle quali si costruisce la relazione tra medico e paziente e in particolare di poter descrivere il modo in cui medici e pazienti creano la loro peculiare e irripetibile relazione, di osservarne e descriverne le forme, le caratteristiche, la struttura, e anche il modo in cui, nel corso del tempo, tali forme, caratteristiche e struttura si modellano e cambiano.

Procedura

Si è pertanto proceduto ad analizzare l'interazione tra medici e pazienti così come essa avviene nel corso di visite mediche reali. Si è scelto cioè di non ricorrere a strumenti "indiretti" quali questionari o interviste inerenti i temi indagati, bensì all'analisi della comunicazione che avviene *realmente* durante le visite mediche. Previo consenso di medici e pazienti sono state pertanto videoregistrate ventisette visite. Il materiale videoregistrato è stato

poi sottoposto a due diverse tipologie di analisi dell'interazione: 1) un'analisi mediante la procedura standardizzata denominata RIAS (*Roter Interaction Analysis System*); 2) un'analisi qualitativa delle dinamiche interattive tra medico e paziente.

Si è scelto di utilizzare due metodi di analisi da una parte perché essi potessero completarsi a vicenda e dall'altro per poterli mettere vicendevolmente "alla prova". Era nostra convinzione, infatti, che un'analisi di tipo qualitativo avrebbe consentito di comprendere meglio (o comunque diversamente) le dinamiche relazionali e comunicative osservabili nelle visite rispetto a quanto avviene mediante l'impiego degli strumenti standardizzati (per quanto sofisticati essi possano essere) ampiamente utilizzati nella letteratura di settore (quale il RIAS). Questi strumenti risultano infatti estremamente utili per stimolare le ricerche e i confronti tra i molti centri che si occupano della comunicazione tra medico e paziente ma tendono al contempo a ridurre eccessivamente la complessità del fenomeno indagato e a reificare alcuni dei loro presupposti teorici. Con la nostra scelta volevamo pertanto poter integrare i risultati di un'analisi eseguita mediante il RIAS (risultati vicini, quindi, a quelli solitamente riscontrabili in letteratura) con l'analisi più dettagliata e soprattutto di natura differente come quella eseguita mediante la nostra analisi *clinico-osservativa*. Oltre a operare un confronto con altre esperienze internazionali questa scelta ci consentiva inoltre di poter rilevare se e come sia possibile arricchire le osservazioni realizzabili tramite il RIAS.

Soggetti coinvolti

Le specialità coinvolte sono state tre: l'oncologia medica, la cardiologia e la chirurgia. Si è cercato, con questa scelta, di avere a disposizione materiale eterogeneo, relativo a discipline mediche diverse dalle quali ritenevamo potessero emergere fattispecie diversificate di modalità relazionali. In particolare volevamo graduare, con la scelta operata, la rilevanza assunta nella relazione dagli aspetti di tipo biomedico/tecnico e dagli aspetti personali e socioemotivi.

La visita chirurgica, ad esempio, essendo ampiamente incentrata sull'atto tecnico costituito dall'intervento chirurgico, avrebbe dovuto consentire di osservare conversazioni e relazioni incentrate su aspetti tecnici della pratica medica, su aspetti, cioè, che potremmo definire *disease centred*. La visita oncologica, di contro, con il suo fortissimo portato emotivo e con il caratteristico *pattern* di cura concepito come percorso condiviso nel tempo con il paziente, avrebbe dovuto consentire di osservare relazioni centrate più sugli aspetti personali, sociali ed emotivi della visita, su aspetti, cioè, di tipo *patient centred*. Abbiamo infine ritenuto che la

visita cardiologica avrebbe potuto costituire una fattispecie intermedia di relazione tra le altre due e cioè essere caratterizzata da una forte componente tecnica delle conversazioni di medico e paziente, senza che tale componente risultasse così “estrema” e di pertinenza esclusiva del medico come nel caso della visita chirurgica. Abbiamo ritenuto cioè che le visite del cardiologo avrebbero potuto contenere in ugual misura aspetti “tecnici” e aspetti “personali”.

La scelta delle visite da videoregistrare non è avvenuta su base probabilistica ma sulla base della semplice disponibilità dichiarata a questo proposito da alcuni medici delle tre specialità oltre che dei pazienti di volta in volta contattati.

Complessivamente sono stati coinvolti nello studio tre medici (uno per ogni specialità, due di essi erano donne) e nove pazienti (tre pazienti per ogni specialista).

Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei medici e dei pazienti videoregistrati

| <i>Soggetto</i> | <i>Genere</i> | <i>Età</i> |
|-----------------|---------------|------------------------|
| Oncologo | F | 51 |
| P 1 | F | 49 |
| P 2 | M | 60 |
| P 3 | F | 76 |
| Cardiologo | F | 46 |
| P 1 | F | 55 |
| P 2 | M | 60 |
| P 3 | M | 67 |
| Chirurgo | M | 56 |
| P 1 | M | 72 |
| P 2 | M | 74 |
| P 3 | F | 62 |
| <i>Medici</i> | <i>1M 2F</i> | <i>età media 51</i> |
| <i>Pazienti</i> | <i>5M 4F</i> | <i>età media 63.88</i> |

I pazienti venivano contattati dal ricercatore nella sala d’attesa degli ambulatori prima che vi accedessero per la prima volta (nessuno dei pazienti aveva, pertanto, ancora conosciuto il medico con il quale aveva appuntamento) e a ciascuno, dopo avere illustrato le finalità e le modalità della ricerca, veniva richiesta la disponibilità a partecipare allo studio e con questa la disponibilità ad essere videoregistrato in almeno tre occasioni: la prima visita, la seconda visita con quello stesso medico ed infine in occasione di una visita ancora successiva (in genere la quarta o la quinta) che abbiamo considerato visita di *follow-up*. In questo modo è stato possibile osservare l’interazione tra medico e paziente in modo meno statico di quanto avvenga nella maggioranza degli studi, senza fermarci alla sola prima visita, ma riuscendo viceversa ad analizzare più approfonditamente il modo con cui le relazioni vengono costruite durante l’interazione mano a mano che procede la conoscenza reciproca dei due

interlocutori, cogliendo, ad esempio, ciò che di ogni interazione può essere riscontrato nelle visite successive come esito della co-costruzione delle relazioni presupposta nello studio.

Si è così proceduto a videoregistrare ventisette visite mediche in tutto (3 visite per ciascuno dei 3 pazienti seguiti da ognuno dei 3 medici coinvolti).

Le ventisette videoregistrazioni così ottenute sono state analizzate sia mediante la procedura standardizzata di analisi dell'interazione denominata RIAS (*Roter Interaction Analysis System*) che mediante un'analisi qualitativa delle dinamiche interattive tra medico e paziente condotta attraverso l'osservazione clinica.

3.3.1 Analisi delle registrazioni mediante il RIAS (Roter Interaction Analysis System)

3.3.1.1 Obiettivi

Questa prima analisi delle registrazioni (effettuata mediante il RIAS) aveva diversi obiettivi:

1. l'obiettivo principale di questa analisi era comprendere quali fossero i contributi in termini di tecniche comunicative adottate dal medico e dal paziente nel corso delle visite mediche;
2. un secondo obiettivo consisteva nell'analisi della comunicazione tra medico e paziente in tre differenti specialità per riscontrare l'eventuale esistenza di elementi condivisi-trasversali rispetto alle diverse discipline specialistiche praticate, alle caratteristiche personali dei medici così come dei pazienti o, nel contempo, anche elementi di differenziazione tra di essi legati al contesto e alla specialità;
3. un terzo obiettivo, infine, era confrontare visite successive (la prima, la seconda e il *follow-up*) dello stesso medico e dello stesso paziente per comprendere cosa, in termini di tecniche comunicative, si modifichi o rimanga stabile nel tempo.

3.3.1.2 Lo strumento di analisi adottato

Per analizzare le dinamiche comunicative, intese soprattutto come tecniche comunicative utilizzate, si è impiegato il metodo di analisi dell'interazione più utilizzato in quest'ambito: il

Roter Interaction Analysis System (RIAS) (Roter, 1991). Come è stato precedentemente accennato, questo sistema è derivato dai lavori pionieristici di Robert Bales (1950) e si caratterizza per quattro aspetti peculiari: 1) è centrato espressamente sugli scambi diadici dell'incontro medico (tutto il dialogo tra medico e paziente viene codificato in categorie che possono essere applicate ad entrambi gli interlocutori); 2) le categorie sono costruite in modo da riflettere direttamente il contenuto ed il contesto dei dialoghi che avvengono tra medici e pazienti durante le visite mediche; 3) l'identificazione e la codifica degli eventi verbali avviene direttamente sulle videoregistrazioni e non sulle trascrizioni e ciò rende possibile valutare e tenere conto anche dell'intonazione e delle qualità non verbali dell'interazione; 4) sulla base delle impressioni emotive generali derivanti dall'esame di tali qualità i *coder* possono valutare sia il medico che il paziente secondo dimensioni emotive globali come la rabbia, l'ansia, la dominanza, l'interesse e l'affabilità.

Le unità di analisi utilizzate nel sistema sono le *utterance*, definite come i più piccoli segmenti di discorso discriminabili tra loro in base al senso o alla durata (le frasi separate da silenzi e pause) assegnabili ad una determinata categoria (Roter, 1991). Quanto detto dagli interlocutori durante l'incontro è pertanto suddiviso in varie *utterance* ognuna delle quali viene assegnata ad una categoria (l'elenco delle categorie è riportato in Tabella 2).

Tabella 2. Categorie di codifica del RIAS

| Categorie di codifica | | |
|--|----------------------------------|--|
| 1. Chiacchierare, saluti | 15. Richiedere rassicurazioni | 27. Domande aperte mediche |
| 2. Ridere, scherzare | 16. Interventi di transizione | 28. Domande aperte terapia |
| 3. Mostrare approvazione | 17. Categorizzazioni, istruzioni | 29. Domande aperte stile di vita |
| 4. Fare complimenti | 18. Parafrasare | 30. Domande aperte contesto, sentimenti |
| 5. Essere d'accordo, capire | 19. Chiedere di ripetere | 31. Domande aperte altro |
| 6. Facilitatori paraverbali | 20. Controllo comprensione | 32. Dare informazioni mediche |
| 7. Espressioni empatiche | 21. Indagare l'opinione | 33. Dare informazioni terapia |
| 8. Mostrare interesse, preoccupazione | 22. Domande chiuse mediche | 34. Dare informazioni stile di vita |
| 9. Rassicurazioni, incoraggiamenti | 23. Domande chiuse terapia | 35. Dare informazioni contesto, sentimenti |
| 10. Legittimare | 24. Domande chiuse stile di vita | 36. Dare informazioni altro |
| 11. Manifestare/ favorire l'alleanza terapeutica | 25. Domande chiuse contesto | 37. Indicazioni mediche/terapeutiche |
| 12. Parlare di sé da parte del medico (<i>self disclosure</i>) | 26. Domande chiuse altro | 38. Indicazioni stile di vita/contesto |
| 13. Disapprovazione | | 39. Richiesta prescrizioni/servizi |
| 14. Disapprovazione verso terzi | | |

Fonte: Roter, D.L. (1991). *The Roter Interaction Analysis System (RIAS). Coding Manual*. Baltimore: School on Hygiene and Public Health.

Queste categorie sono indicate da Roter come strumento base per la codifica delle videoregistrazioni. Come è stato comunque spesso sottolineato (Ong et al., 2000a) esse

risultano troppo numerose e ridondanti per essere utilizzate così come sono, per questi motivi altrettanto spesso si è proceduto ad aggregarle in categorie più ampie costruite dai ricercatori sulla base degli scopi dello studio e delle loro ipotesi. Una breve rassegna dei sistemi di “sovra-categorie” utilizzati in letteratura è esposta in Tabella 3).

Tabella 3. Rassegna delle categorie di codifica usate negli studi con il RIAS

| Autore | Anno | Categorie di codifica utilizzate nello studio | |
|-----------------------------|----------------|--|--|
| Ford <i>et al.</i> | 1996 | <i>Socioemotional/Affective exchange</i> Positive Talk Negative Talk Emotional Responsiveness | <i>Task- focused/instrumental exchange</i> Partnership Building Open Questions Closed Questions Biomedical Information Psychosocial Information Biomedical Counselling Psychosocial Counselling |
| Van Dulmen <i>et al.</i> | 1997 | <i>Affective exchange</i> Social behaviour Agreements Paraphrases Reflections Concerns Reassurances Disagreements | <i>Instrumental exchange</i> Orientations Requests for Clarification Medical Questions Psychosocial Questions Medical Information Psychosocial Information Medical Counselling Psychosocial Counselling Administrative |
| Ong <i>et al.</i> | 2000 | <i>Socio-emotional exchange</i> Social Behaviour Verbal Attentiveness Showing Concern Negative Talk | <i>Instrumental exchange</i> Directions Questions Information Counselling |
| Detmar <i>et al.</i> | 2001 | <i>Affective</i> Social Talk Showing Involvement | <i>Process</i> Verbal Attention Orientation |
| Sandvik <i>et al.</i> | Review 2002 | <i>Socioemotional exchange</i> Personal Remarks, Social Conversation Laughs, Tells Jokes Shows Approval-General Gives Compliment-General Shows Agreement or Understanding Back-Channel Responses Empathy Shows Concern or Worry Reassures, Encourages or Shows Optimism Legitimises Partnership Self-Disclosure Shows Disapproval-Direct Show Criticism-General Asks for Reassurances | <i>Task-focused exchange</i> Transition Words Gives Orientation, Instruction Paraphrases, Check for Understanding Bid for Repetition Asks for Understanding Asks Opinion Asks Closed-Ended Questions Asks Open-Ended Questions Gives Information Counsels or Directs Behaviour, Medical Condition/Therapeutic Regimen Counsels or Directs Behaviour, Lifestyle Requests for Services or Medication |
| Deveugele <i>et al.</i> | 2002 | <i>Affective behaviour</i> Social Behaviour Agreement Paraphrase Verbal Attention Showing Concern Reassurance Disagreement | <i>Instrumental behaviour</i> Giving Directions Asking Clarification Asks Questions about the Medical Condition Asks Questions on Lifestyle; Psychosocial Context Gives Information about the Medical Condition Gives Information on Lifestyle; Psychosocial Context Counsels or Directs Behaviour about the Medical Condition Counsels or Directs Behaviour on Lifestyle; Psychosocial Context Other Instrumental or Unintelligible Utterances |
| Paasche-Orlow <i>et al.</i> | 2003 | <i>Data-gathering skills</i> (Question Open end Medical Condition, Therapeutic Regimen, Lifestyle, Psychosocial Topics) | <i>Patient education and Counselling skills</i> (Biomedical Information, Lifestyle and Psychosocial Exchange) |
| Bensing <i>et al.</i> | 2003 | <i>Affective behaviour</i> Rapport Building Showing Concern and Optimism Social Behaviour Disagreements | <i>Relationship skills</i> (Positive Talk, Negative Talk, Social Talk) |
| | | | <i>Partnering skills</i> (Facilitation: Asking for patient opinion, Asking for understanding, Paraphrase, Back-Channel) |
| | | | <i>Instrumental behaviour</i> Biomedical Exchange Questions Information Psychosocial Exchange Information Directions Partnership Building Other |

Ciò che emerge dall'analisi dei sistemi di categorizzazione utilizzati è che a fronte di tanta variabilità la tendenza comune a quasi tutti gli studi è quella di identificare due tipologie principali di scambi comunicativi: una prima tipologia basata su scambi di tipo socioemotivo (*socioemotional exchange*) una seconda basata su scambi "orientati al compito" (*task-focused exchange*). Nel primo gruppo sono incluse le forme di comune conversazione, le espressioni che veicolano vicinanza, rassicurazione, disapprovazione, preoccupazione e così via, e questo sia che esse provengano dal medico che dal paziente. Il secondo tipo di scambi fa riferimento agli aspetti strumentali legati alla cura, quali dare informazioni, consigliare e dare indicazioni, esso include le domande, sia chiuse che aperte, e le risposte relative al compito, alla visita medica, alla malattia intesa in senso strettamente biomedico.

Orientati da queste indicazioni fornite dalla letteratura di settore abbiamo scelto di utilizzare due categorie per l'analisi delle nostre videoregistrazioni: la categoria "scambi socioemotivi" e la categoria "scambi orientati al compito". Nella prima categoria sono incluse le categorie del RIAS che si riferiscono ad esempio al mostrare approvazione, chiacchierare, ridere o favorire l'alleanza terapeutica, ecc.; nella seconda categoria sono incluse le categorie che fanno riferimento al dare e richiedere informazioni riguardo alla condizione medica del malato, al regime terapeutico, allo stile di vita (si veda la Tabella 3).

Si è scelto, infine, di prevedere un livello di raggruppamento delle categorie intermedio tra le 39 categorie del RIAS, mai utilizzate singolarmente, e le due "macro" categorie ("scambi socioemotivi" e "scambi orientati al compito"). Questo livello intermedio aveva evidentemente lo scopo di consentire una descrizione sintetica di quanto rilevato nelle videoregistrazioni senza tuttavia perdere un numero eccessivo di informazioni. Le categorie che abbiamo costruito a questo scopo sono 7 e sono risultate alquanto utili per descrivere le dinamiche comunicative nel contesto del nostro studio. Si è scelto di mantenere la denominazione inglese originale delle categorie per una maggiore facilità di confronto con la letteratura in questo settore, il significato delle categorie è riportato qui di seguito:

1. la categoria "*Social Behavior*" fa riferimento ai comportamenti sociali convenzionali più tipici delle fasi iniziali e finali della conversazione, alle frasi di convenienza, ai saluti o al fare battute amichevoli. Essa si riferisce anche alle affermazioni di approvazione verso il paziente o verso altri o a qualsiasi indicazione di disapprovazione o critica diretta.
2. La categoria "*Rapport Building*" fa riferimento a tutti quei comportamenti che hanno a che vedere con la costruzione della relazione tra le due persone, include le affermazioni

finalizzate a creare “vicinanza”, a creare un legame empatico con il paziente come, ad esempio, le frasi che riassumono od interpretano lo stato emotivo dell’altro. La categoria include altresì le espressioni che indicano ottimismo, incoraggiamento o rassicurazione nonché quelle che favoriscono l’alleanza del medico con il paziente attraverso l’offerta di aiuto e di supporto.

3. La categoria “*Counselling*” (*Biomedical Exchange*) fa riferimento agli scambi relativi a fatti o ad opinioni correlati a condizioni mediche, a sintomi, alla diagnosi, alla prognosi, alla terapia presente o futura nonché allo stile di vita del paziente.

4. La categoria “*Counselling*” (*Psychosocial Exchange*) fa riferimento invece alle espressioni del medico o del paziente correlate a specifiche preoccupazioni o a problemi psicosociali (come ad esempio, lo stress, i sentimenti e le emozioni connessi alla visita e alla malattia) o ad espressioni che riguardino argomenti non direttamente connessi alla visita medica (quali, ad esempio, informazioni relative al contesto di vita del paziente, alle sue esperienze ecc.).

5. La categoria “*Asks Questions Biomedical*” include tutte le domande che mirano ad ottenere specifiche informazioni mediche, quali quelle relative alla malattia e ai sintomi, ai trattamenti già effettuati, alle terapie in corso e a quelle in previsione, allo stile di vita (ad esempio il fumo, la dieta, il sonno, l’alcool). Sono incluse nella categoria sia le domande chiuse che le domande aperte

6. La categoria “*Asks Questions Psychosocial*” fa riferimento a quelle domande che indagano lo stato psicologico o emozionale del paziente o relative ad argomenti non strettamente connessi alla visita medica. Sono incluse nella categoria sia le domande chiuse che le domande aperte.

7. La categoria “*Procedural Exchanges*”, infine, fa riferimento agli aspetti procedurali della conversazione, alle espressioni che aiutano gli attori a calibrare la conversazione, a regolarla, a guidarla. Vi sono incluse, ad esempio, le espressioni che esprimono all’altro cosa sta per accadere, cosa aspettarsi durante il colloquio, i segnali d’intesa e gli enunciati che indicano lo spostamento verso un altro argomento o area di discussione ecc.

Tabella 4. Categorie di codifica del RIAS utilizzate per l'analisi dei dati

| Categorie di codifica | Descrizione | Sottocategorie |
|---|--|--|
| Social Behavior | Questa categoria fa riferimento ai comportamenti sociali convenzionali più tipici delle fasi iniziali e finali della conversazione, alle frasi di convenienza, ai saluti o al fare battute amichevoli. Si riferisce anche alle affermazioni di approvazione verso il paziente o verso altri o a qualsiasi indicazione di disapprovazione o critica diretta | <ul style="list-style-type: none"> - Chiacchiere, saluti - Ridere, scherzare - Mostrare approvazione - Fare complimenti - Disapprovare - Disapprovare verso terzi |
| Rapport Building | Questa categoria fa riferimento a tutti quei comportamenti che hanno a che vedere con la costruzione della relazione tra i due attori, include le affermazioni finalizzate a creare "vicinanza", a creare un legame empatico con il paziente come, ad esempio, le frasi che riassumono od interpretano lo stato emotivo dell'altro. La categoria include altresì le espressioni che indicano ottimismo, incoraggiamento o rassicurazione nonché quelle che favoriscono l'alleanza del medico con il paziente attraverso l'offerta di aiuto e di supporto | <ul style="list-style-type: none"> - Espressioni empatiche - Interesse, preoccupazioni - Rassicurazioni, incoraggiamenti - Favorire l'alleanza terapeutica - Parlare di sé - Richiedere rassicurazione |
| Counselling (Biomedical Exchange) | Questa categoria fa riferimento agli scambi relativi a fatti o ad opinioni correlati a condizioni mediche, a sintomi, alla diagnosi, alla prognosi, alla terapia presente o futura nonché allo stile di vita del paziente | <ul style="list-style-type: none"> - Dare informazioni mediche - Dare informazioni terapia - Dare informazioni stile di vita - Indicazioni mediche terapeutiche |
| Counselling (Psychosocial Exchange) | Questa categoria fa riferimento alle espressioni del medico o del paziente correlate a specifiche preoccupazioni o a problemi psicosociali (come ad esempio, lo stress, i sentimenti e le emozioni connessi alla visita e alla malattia) o ad espressioni che riguardino argomenti non direttamente connessi alla visita medica (quali, ad esempio, informazioni relative al contesto di vita del paziente, alle sue esperienze ecc.). | <ul style="list-style-type: none"> - Dare informazioni contesto, sentimenti - Dare informazioni altro - Indicazioni stile di vita, contesto |
| Asks Questions Biomedical (Open, Closed) | Questa categoria include tutte le domande che mirano ad ottenere specifiche informazioni mediche, quali quelle relative alla malattia e ai sintomi, ai trattamenti già effettuati, alle terapie in corso e a quelle in previsione, allo stile di vita (ad esempio il fumo, la dieta, il sonno, l'alcool). Sono incluse nella categoria sia le domande chiuse che le domande aperte | <ul style="list-style-type: none"> - Domande chiuse mediche - Domande chiuse terapia - Domande chiuse stile di vita - Domande aperte mediche - Domande aperte terapia - Domande aperte stile di vita - Richiesta prescrizione, servizi - Indagare l'opinione |
| Asks Questions Psychosocial (Open, Closed) | Questa categoria fa riferimento a quelle domande che indagano lo stato psicologico o emotivo del paziente o relative ad argomenti non strettamente connessi alla visita medica. Sono incluse nella categoria sia le domande chiuse che le domande aperte | <ul style="list-style-type: none"> - Domande chiuse contesto, sentimenti - Domande chiuse altro - Domande aperte contesto, sentimenti - Domande aperte altro |
| Procedural Exchanges | Questa categoria fa riferimento agli aspetti procedurali della conversazione, alle espressioni che aiutano gli attori a calibrare la conversazione, a regolarla, a guidarla. Vi sono incluse, ad esempio, le espressioni che esprimono all'altro cosa sta per accadere, cosa aspettarsi durante il colloquio, i segnali d'intesa e gli enunciati che indicano lo spostamento verso un altro argomento o area di discussione ecc | <ul style="list-style-type: none"> - Essere d'accordo, capire - Chiedere di ripetere - Parafrasare - Categorizzazioni, istruzioni - Controllo comprensione - Transizioni |

Come è possibile osservare nella Tabella 4 si sono ottenute così alcune categorie relative ai soli scambi di carattere biomedico: *Asks* e *Counselling* di tipo *Biomedical* (si sono tenuti separati il fare domande ed il dare indicazioni, comportamenti indicativi di atteggiamenti molto diversi del medico nei confronti del paziente); altre due categorie si riferiscono ai soli scambi relativi agli aspetti psicosociali dell'evento malattia e cura che il paziente porta nella visita (*Asks* e *Counselling Psychosocial*); una categoria consente di rilevare tutti i comportamenti che indicano l'attenzione posta alla costruzione della relazione tra medico e paziente (*Rapport Building*); le ultime due categorie raccolgono i comportamenti comunicativi procedurali, "di lavoro", ovvero quelle locuzioni convenzionali o atteggiamenti socialmente determinati che consentono alla conversazione di procedere e di essere regolata dai comunicanti: una delle due categorie si riferisce agli aspetti di tipo sociale ed

interpersonale (*Social Behavior*), l'altra ad aspetti più "tecnici", inerenti la chiarificazione e la comprensione reciproca circa i contenuti della conversazione più che degli aspetti relazionali (*Procedural Exchanges*). Le 7 categorie vanno così a formare le due "macro" categorie che abbiamo utilizzato nello studio, "scambi socio emotivi" e "scambi orientati al compito", nel modo illustrato in Tabella 5.

Tabella 5. Descrizione delle due "macro-categorie" utilizzate per la codifica delle interazioni comunicative tra medico e paziente videoregistrate

| Scambi socioemotivi | Scambi orientati al compito |
|---|---|
| Social Behaviour | Procedural Exchanges |
| Rapport Building | Counselling (Biomedical Exchange) |
| Counselling (Psychosocial Exchange) | Ask Questions Biomedical (Open, Closed) |
| Ask Questions Psychosocial (Open, Closed) | |

3.3.1.3 Risultati

Le 27 videoregistrazioni sono state tutte codificate mediante il sistema di codifica RIAS. Si sono potute calcolare così le frequenze delle *utterance* di ogni visita: è stato calcolato, cioè, quante volte ogni categoria era rappresentata nelle conversazioni tra medico e paziente. Le frequenze assolute sono state poi standardizzate e rapportate al numero di *utterance* totale di ogni visita. Per i confronti sono perciò state utilizzate le medie delle frequenze percentuali. I singoli confronti sono stati effettuati mediante analisi della varianza.

Una parte delle registrazioni è stata sottoposta all'ulteriore codifica da parte di *coder* esperti⁶. Sono stati sottoposti alla doppia codifica 76 minuti di registrazione (il 13% del campione di materiale videoregistrato). La concordanza tra i giudici è risultata del 77%.

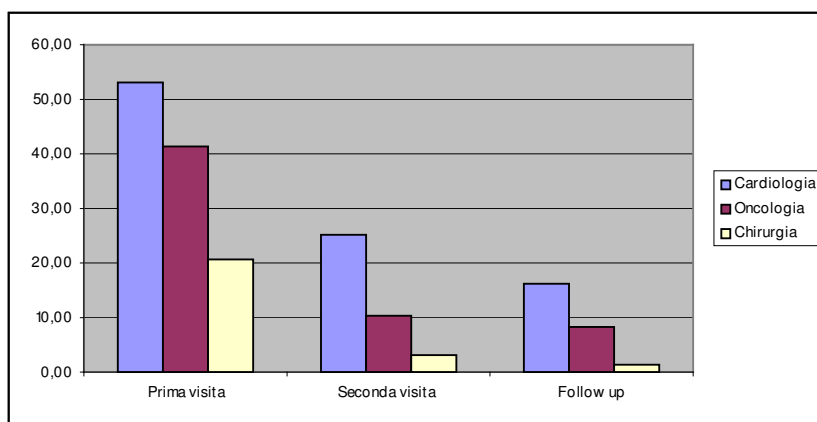
La durata delle visite mediche

Le visite mediche che abbiamo analizzato sono molto diverse tra loro per la durata: la prima visita (durata media 38 minuti circa) è in generale molto più lunga delle altre, questo dato è confermato dall'analisi della varianza secondo la quale esiste una differenza statisticamente significativa tra prima visita, seconda visita e visita di *follow-up* [$F(2,24)=16.65$, $p.<.001$]. In particolare, differiscono significativamente tra loro la prima e la seconda visita (post-hoc

⁶ La seconda codifica è stata realizzata dai colleghi del Servizio di Psicologia Medica dell'Ospedale S. Paolo di Milano, servizio impegnato da anni nello studio della comunicazione tra medico e paziente anche mediante l'impiego del RIAS.

Tukey Test $p < .001$) così come la prima visita e la visita di *follow-up* (post-hoc Tukey Test $p < .001$). Le visite diminuiscono gradualmente di durata mano a mano che si procede dalla prima alla seconda (durata media 13 minuti), alla visita di *follow-up* (durata media 9 minuti) (Grafico 1).

Grafico 1. Durata media delle visite mediche analizzate



Questo andamento di progressivo decremento nella durata delle visite sembra ripetersi per tutte e tre le specialità considerate. Confrontando le tre specialità si riscontra tuttavia una differenza statisticamente significativa [$F(2,24)=5.09$, $p < .05$]: in particolare differisce significativamente la durata delle visite cardiologiche da quella delle visite chirurgiche (post-hoc Tukey test $p < .05$), mentre la durata delle visite oncologiche non differisce statisticamente né dalla cardiologia né dalla chirurgia.

Le utterance del medico e del paziente

Un dato che emerge molto chiaramente dall'analisi delle visite videoregistrate è che gli interventi – le *utterance* – del medico (per inferenza il tempo della visita “occupato” dal medico) risultano decisamente prevalenti rispetto a quelli del paziente (si veda la Tabella 6). La differenza tra le *utterance* complessive del medico e del paziente risulta statisticamente significativa [$F(52) = 6,13$, $p < .05$].

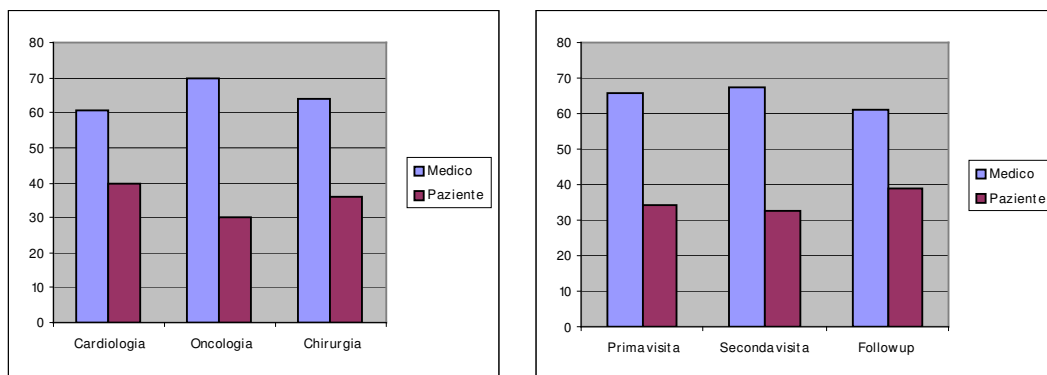
Tabella 6. Le utterance di medico e paziente nelle tre specialità e nelle tre visite (medie percentuali)

| Specialità | Medie percentuali di utterance | |
|----------------|--------------------------------|----------|
| | Medico | Paziente |
| Cardiologia | 60,44 | 39,56 |
| Oncologia | 70,00 | 30,00 |
| Chirurgia | 63,78 | 36,22 |
| Media generale | 64,74 | 35,26 |

| Visita | Medie percentuali di utterance | |
|----------------|--------------------------------|----------|
| | Medico | Paziente |
| Prima visita | 65,78 | 34,22 |
| Seconda visita | 67,56 | 32,44 |
| Follow-up | 60,89 | 39,11 |
| Media generale | 64,74 | 35,26 |

Dal Grafico 2 si può notare, infatti, come la media delle percentuali di *utterance* del medico sia sempre maggiore di quelle del paziente sia rispetto alle specialità che rispetto alle tre visite prese in considerazione.

Grafico 2. Le utterance di medico e paziente nelle tre specialità e nelle tre visite (medie percentuali)

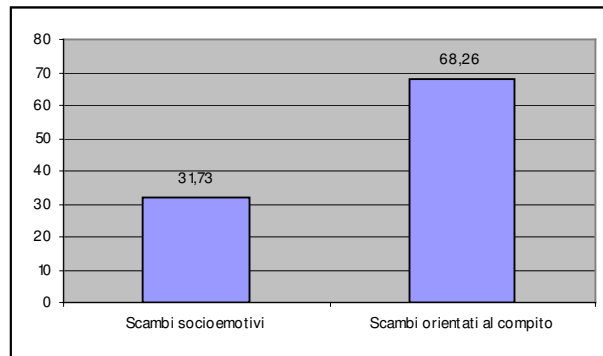


Questo dato indica una generale marcata “*doctor-centredness*” delle visite e sembra confermare la natura asimmetrica della relazione tra medico e paziente già ampiamente discussa nel capitolo 2.

La comunicazione durante le visite mediche: “scambi orientati al compito” e “scambi socioemotivi”

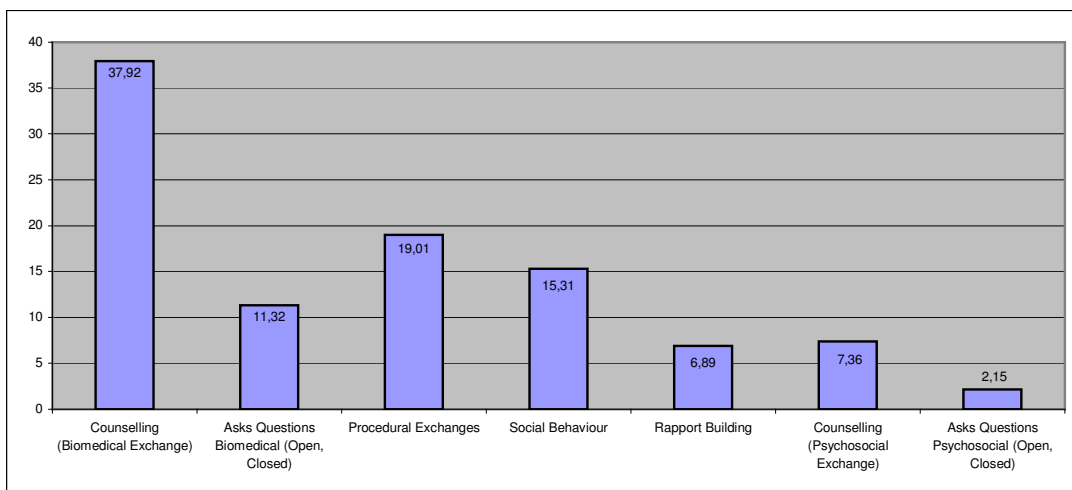
Dall’analisi del contenuto delle *utterance* codificate secondo il metodo RIAS emerge una sostanziale prevalenza di scambi comunicativi “orientati al compito” (M=68.26), ovvero incentrati su aspetti di carattere biomedico, rispetto a quelli di carattere più “socioemotivo” (M=31.73) (legati, cioè, alle emozioni e alla “storia” dei pazienti). Il primo genere di scambi risulta, infatti, più che doppio rispetto al secondo genere (Grafico 3).

Grafico 3. Categorie “scambi socioemotivi” e “scambi orientati al compito” (medie percentuali delle utterance)



Al t-test per campioni appaiati emerge una differenza statisticamente significativa [$t(53) = -8.04, p < .001$] tra questi due diversi tipi di scambi comunicativi. In particolare sono gli interventi che rientrano nella categoria “*Counselling (Biomedical)*” (dare informazioni mediche, terapeutiche) ($M=37.92$) e “*Procedural Exchanges*” (interventi volti a guidare il comportamento del paziente durante la visita) ($M=19.01$) ad essere maggiormente rappresentati (Grafico 4).

Grafico 4. Gli scambi comunicativi M-P distinti per le categorie di contenuto del RIAS (medie percentuali delle utterance)



Si tratta in effetti delle due categorie in qualche modo più peculiari e più rappresentative della specifica situazione della visita medica per motivi riconducibili agli scopi della visita stessa oltre che agli obiettivi del medico. Esse rappresentano inoltre tutti quegli interventi che

indicano al paziente cosa sta per accadere nel corso della visita e cosa può aspettarsi durante il colloquio.

Il confronto tra le tre specialità

Anche quando gli scambi comunicativi vengono analizzati distintamente per specialità, quelli classificati come “orientati al compito” risultano prevalenti rispetto a quelli “socioemotivi”. Questo dato riguarda tutte e tre le specialità prese in considerazione (Tabella 7) anche se in misura differente.

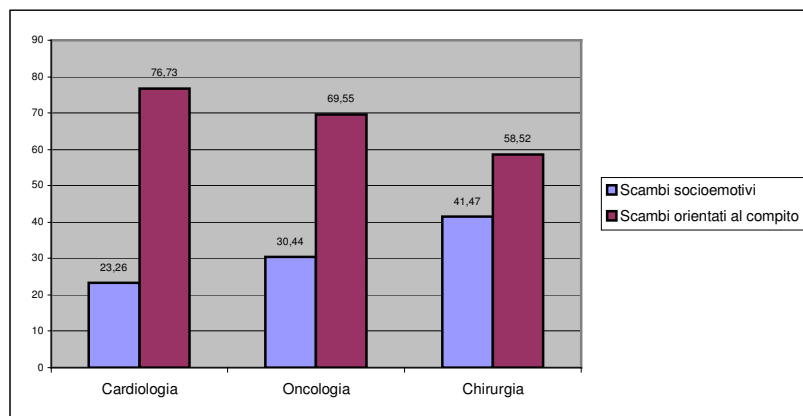
Tabella 7. Scambi “socioemotivi” e “orientati al compito” nelle tre specialità (medie percentuali di utterance)

| | Cardiologia | Oncologia | Chirurgia | Tot. | |
|-----------------------------|-------------|-----------|-----------|-------|----|
| Scambi socioemotivi | 23.26 a | 30.44 a,b | 41.47 b | 31.73 | ** |
| Scambi orientati al compito | 76.73 a | 69.55 a,b | 58.52 b | 68.26 | ** |

**p.<.01

In particolare la specialità con la più alta percentuale di scambi “orientati al compito” è la cardiologia (M=76.73) seguita dall’oncologia (M=69.55) e quindi dalla chirurgia (M=58.52) (cfr. Grafico 5). Opposto è ovviamente l’andamento degli “scambi socioemotivi” in ciascuna delle tre specialità.

Grafico 5. Scambi “socioemotivi” e “orientati al compito” nelle tre specialità (medie percentuali di utterance)



La differenza riscontrata tra le tre specialità risulta statisticamente significativa [F(2,51)=6.59, p.<.01]. In particolare differiscono significativamente tra loro la cardiologia e la chirurgia

(post-hoc Tukey test $p < .01$), mentre l'oncologia non differisce statisticamente né dall'una né dall'altra specialità. Nel corso delle visite cardiologiche, di quelle oncologiche e di quelle chirurgiche sembra dunque che vengano utilizzati in modo differente gli scambi “orientati al compito” e quelli “socioemotivi”: questi ultimi, in particolare, risultano utilizzati più frequentemente dal chirurgo ($M=41.47$) che dal cardiologo ($M=23.26$); la frequenza del loro utilizzo risulta di valore intermedio nel caso dell'oncologia ($M=30.44$).

Sembra che i temi di carattere biomedico (costitutivi della categoria “scambi orientati al compito”) siano più frequenti quando lo scopo della visita è ottenere la piena collaborazione del paziente e la sua aderenza (ad esempio in cardiologia dove, peraltro, un ruolo centrale è rivestito dall'esame obiettivo e strumentale: l'elettrocardiogramma e l'ecocardiogramma) e diminuiscano mano a mano che diminuisce il bisogno di tale collaborazione come nel caso della chirurgia dove il paziente può arrivare ad affidarsi totalmente alle mani del medico.

Le differenze principali riguardano in particolare le categorie “*Counselling (Biomedical)*” e “*Social Behaviour*” (cfr. Tabella 8): è in queste categorie che si rilevano differenze statisticamente significative tra le specialità [rispettivamente $F(2,51)=5.42$, $p < .01$ e $F(2,51)=13.84$, $p < .001$].

Tabella 8. Articolazione tematica degli scambi comunicativi: confronto tra le tre specialità (medie percentuali delle utterance)

| | Cardiologia | Oncologia | Chirurgia | Tot. | |
|--|----------------|------------------|----------------|-------|-----|
| Counselling (Biomedical Exchange) | 47.77 <i>a</i> | 35.33 <i>a,b</i> | 30.66 <i>b</i> | 37.92 | ** |
| Asks Questions Biomedical (Open, Closed) | 12.86 | 12.78 | 8.32 | 11.32 | |
| Procedural Exchanges | 16.09 | 21.42 | 19.53 | 19.01 | |
| Social Behaviour | 9.76 <i>a</i> | 11.70 <i>a</i> | 24.46 <i>b</i> | 15.31 | *** |
| Rapport Building | 4.87 | 8.57 | 7.24 | 6.89 | |
| Counselling (Psychosocial Exchange) | 6.71 | 8.03 | 7.36 | 7.36 | |
| Asks Questions Psychosocial (Open, Closed) | 1.92 | 2.13 | 2.40 | 2.15 | |

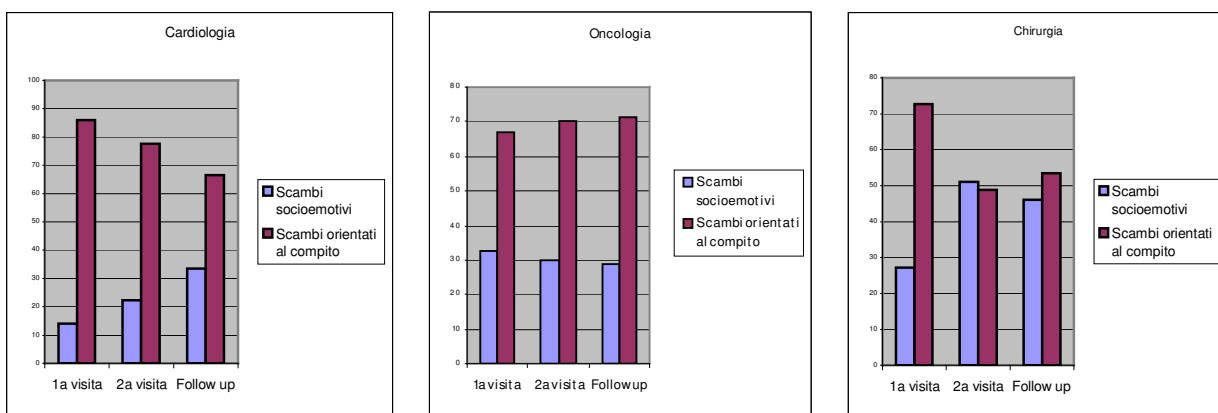
** $p < .01$

*** $p < .001$

In particolare, è nelle visite della cardiologia che risultano utilizzate in misura significativamente maggiore (post-hoc Tukey test $p < .01$) indicazioni e informazioni di tipo biomedico relative alla malattia e alle terapie (“*Counselling (Biomedical)*”) di quanto non avvenga nelle visite della chirurgia. Inoltre, è la categoria “*Social Behaviour*” a risultare utilizzata nelle visite chirurgiche ($M=24.46$) in misura significativamente maggiore (post-hoc Tukey test $p < .001$) rispetto a quanto avviene sia in cardiologia ($M=9.76$) che in oncologia ($M=11.70$).

Il genere di scambio comunicativo riscontrato nelle tre specialità varia anche al variare della variabile “tempo”, emergono cioè differenti *pattern* comunicativi relativi alle tre specialità a seconda che la visita considerata sia la prima, la seconda o la visita di *follow-up* (Grafico 6).

Grafico 6. Confronto tra le tre specialità nelle tre visite: categorie di contenuto “scambi socioemotivi” e “scambi orientati al compito” (medie percentuali delle utterance)

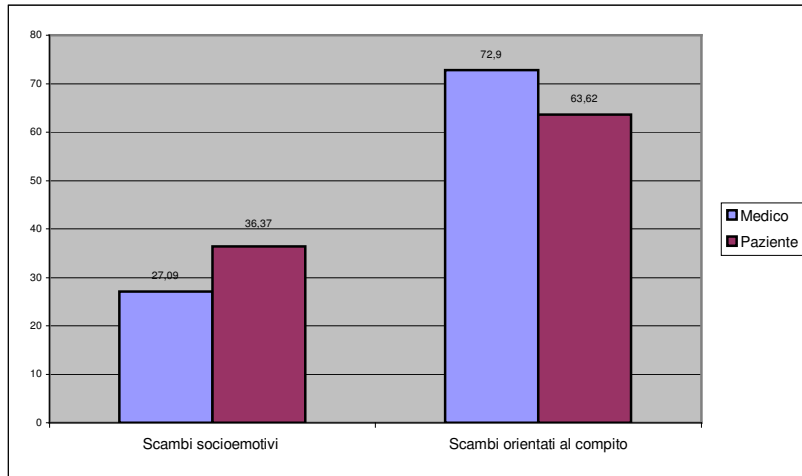


Con il trascorrere del tempo, ovvero con il passaggio dalla prima visita alle successive, in cardiologia tendono a diminuire gradualmente gli scambi di tipo biomedico e ad accrescersi quelli a contenuto socioemotivo; in oncologia gli scambi socioemotivi risultano da subito piuttosto consistenti anche se a fronte di una contemporanea maggior consistenza di scambi centrati sul compito (interventi inerenti la malattia e soprattutto la chemioterapia) e i suoi effetti (interventi biomedici); in chirurgia, infine, il primo incontro sembra dedicato alla condivisione del maggior numero di informazioni biomediche necessarie per poi lasciar ad esse, successivamente, il minimo spazio, a beneficio, invece, degli aspetti emotivi della relazione, soprattutto quelli della rassicurazione circa l'imminente intervento o circa il buon esito dell'intervento stesso.

La messa a fuoco dei contributi comunicativi di medico e paziente durante la visita

Alla decisa prevalenza di scambi “orientati al compito” rispetto agli scambi “socioemotivi” risultano contribuire entrambi gli “attori” della visita medica: sia tra i medici che tra i pazienti prevale infatti la tendenza ad alimentare maggiormente gli scambi comunicativi orientati al compito (Grafico 7).

Grafico 7. Il contributo di Medico e Paziente agli scambi “socioemotivi” e “orientati al compito”(medie percentuali delle utterance)



Emergono, tuttavia, differenze significative tra pazienti e medici (Tabella 9): i pazienti si soffermano di più di quanto non facciano i loro medici sui temi di tipo socioemotivo (media delle *utterance* del paziente 36.37, quella del medico 27.09).

Tabella 9. Contenuti “socioemotivi” e “orientati al compito” negli scambi comunicativi di Medico e Paziente (medie percentuali di utterance)

| | Medico | Paziente | Tot. |
|-----------------------------|--------|----------|-------|
| Scambi socioemotivi | 27.09 | 36.37 | 31.73 |
| Scambi orientati al compito | 72.90 | 63.62 | 68.26 |

*p.<.05

Questa differenza risulta significativa anche statisticamente [$F(1,52)=4.45$, $p.<.05$] e conferma in pieno i dati di letteratura secondo i quali la tendenza generale dei medici è quella di adottare, in prevalenza, tecniche direttive di carattere prettamente biomedico (domande mediche, spesso chiuse, indicazioni e consigli) ed in misura minore interventi centrati sul paziente a contenuto psicologico o psicosociale (Siminoff et al., 2006; Bensing et al., 2003; Del Piccolo 1998).

D'altra parte se si considera più in dettaglio l'andamento delle *utterance* che medico e paziente hanno fatto registrare nelle varie categorie di contenuto del RIAS, emerge la costante prevalenza del paziente a chiamare in causa le categorie di contenuto che vanno a comporre la classe “scambi socioemotivi” (*Social Behaviour, Rapport Building, Counselling Psychosocial, Asks Questions Psychosocial*); l'inverso avviene per le categorie che vanno a

comporre la classe “scambi orientati al compito”: qui è il medico a contribuire sistematicamente in modo più rilevante tranne che nel caso della voce “*Counselling Biomedical*”. Quest’ultimo dato potrebbe indicare che anche il paziente contribuisce ampiamente alla componente biomedica della conversazione fornendo, evidentemente, descrizioni dei sintomi, informazioni circa la propria storia medica ecc. (Tabella 10).

Tabella 10. Le utterance di Medico e Paziente distinte per le categorie di contenuto del RIAS (medie percentuali)

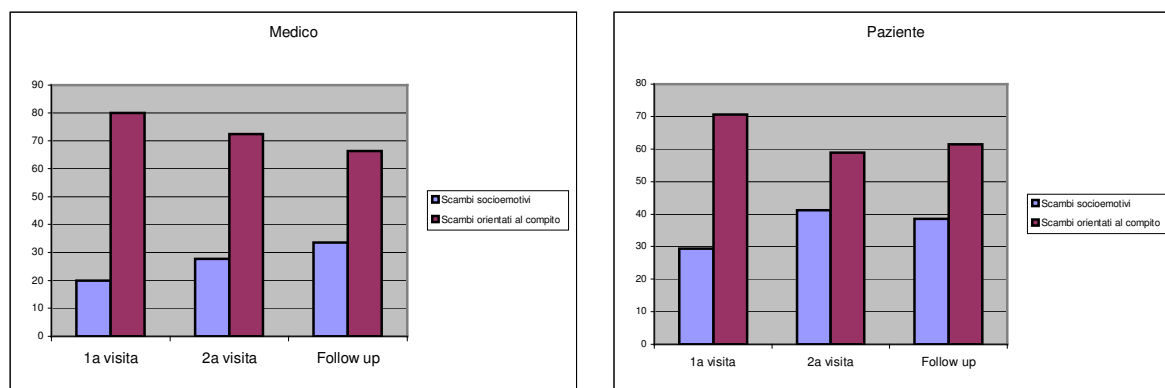
| | Medico | Paziente | Tot. |
|--|--------------|--------------|-------|
| Counselling (Biomedical Exchange) | 35.45 | 40.39 | 37.92 |
| Asks Questions Biomedical (Open, Closed) | 13.67 | 8.98 | 11.32 |
| Procedural Exchanges | 23.78 | 14.25 | 19.01 |
| Social Behaviour | 13.76 | 16.85 | 15.31 |
| Rapport Building | 5.26 | 8.53 | 6.89 |
| Counselling (Psychosocial Exchange) | 6.17 | 8.55 | 7.36 |
| Asks Questions Psychosocial (Open, Closed) | 1.88 | 2.42 | 2.15 |

**p.<.01

Le differenze descritte non sono risultate tuttavia statisticamente significative. L’unico dato significativo da un punto di vista statistico è la decisa prevalenza di *utterance* riguardanti gli scambi “procedurali” del medico (interventi che esprimono all’altra persona cosa sta per accadere, cosa aspettarsi durante il colloquio o l’esame o che servono ad orientare l’altro rispetto ad argomenti o discussioni di maggior interesse) rispetto a quelli del paziente [F(1,52)=11.78, p.<.01]. Questo dato segnala, a nostro avviso, la costante assunzione della responsabilità da parte del medico della guida della visita e della conversazione con il paziente.

Per entrambi gli attori della visita (medico e paziente) l’andamento nel tempo degli scambi comunicativi vede il progressivo decremento degli interventi biomedici ed il corrispondente incremento di quelli socioemotivi mano a mano che si passa dalla prima visita alla seconda e a quella di *follow-up*. Tale andamento è analogo sia per il medico che per il paziente i quali, dunque, sembrano non mostrare in questo caso *pattern* comunicativi sostanzialmente differenti (nemmeno in senso statistico, da quanto emerge dal confronto con il test non parametrico di Mann-Whitney).

Grafico 8. Le utterance di Medico e Paziente relative a scambi “socioemotivi” e “orientati al compito” in ciascuna delle tre visite videoregistrate (medie percentuali)



Per quanto riguarda infine i confronti tra gli interventi dei tre medici (quindi i confronti tra cardiologo, oncologo e chirurgo) e quelli tra gli interventi dei pazienti che affrontano la visita cardiologica, oncologica o chirurgica non si evidenziano differenze statisticamente significative.

Tabella 11. Le utterance di Medico e Paziente relative a scambi “socioemotivi” e “orientati al compito” in ciascuna delle tre specialità (medie percentuali)

| | Medico | | | Paziente | | |
|------------------------------------|---------|-----------|---------|----------|-----------|---------|
| | Ca | On | Ch | Ca | On | Ch |
| Scambi socioemotivi | 18.64 a | 26.48 a,b | 36.14 b | 27.88 a | 34.41 a,b | 46.81 b |
| Scambi orientati al compito | 81.35 a | 73.51 a,b | 63.85 b | 72.11 a | 65.58 a,b | 53.18 b |

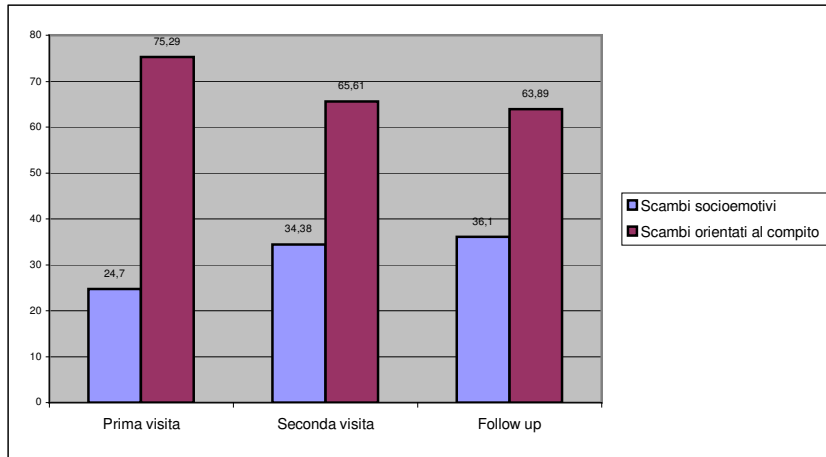
Le medie delle *utterance* hanno, comunque, lo stesso andamento per medico e paziente: gli scambi “orientati al compito” hanno in entrambi i casi la frequenza più alta nelle visite cardiologiche per poi decrescere nel caso dell’oncologia e ancor di più nel caso della chirurgia.

Confronti tra prima visita, seconda visita e visita di follow-up

Anche dal confronto tra la prima visita, la seconda visita e la visita di *follow-up*, emerge il sostanziale e costante prevalere degli scambi “orientati al compito”.

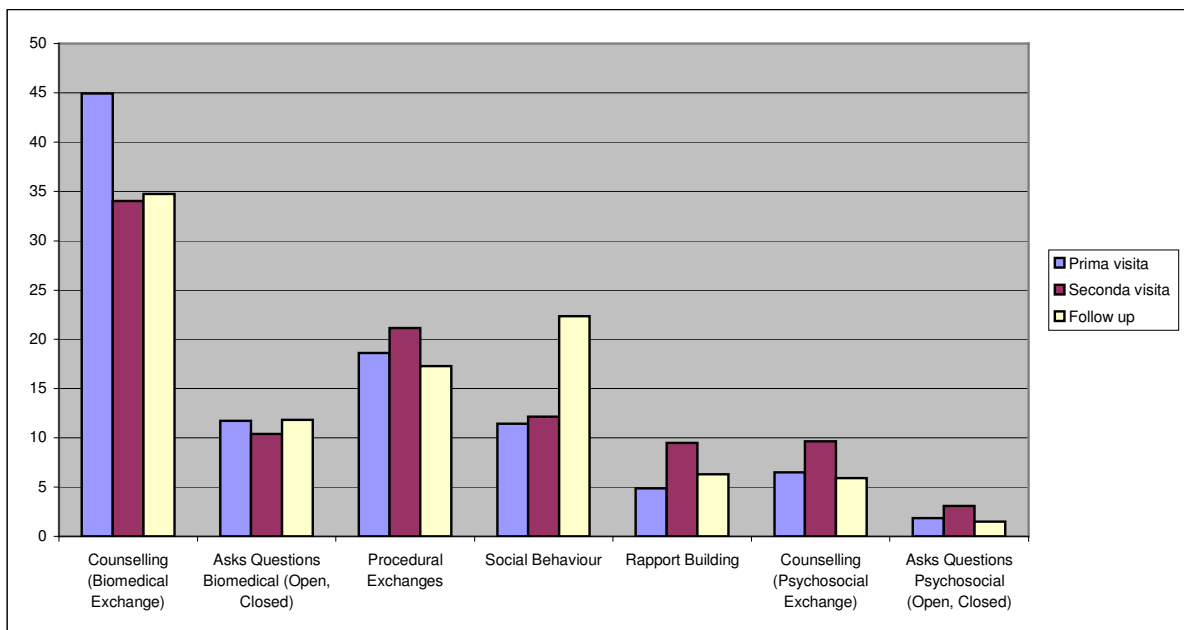
Tuttavia, mano a mano che la relazione tra medico e paziente procede, passando cioè dalla prima visita a quella di *follow-up*, si nota una progressiva diminuzione di scambi “orientati al compito” ed un corrispondente aumento degli scambi “socioemotivi” (Grafico 9).

Grafico 9. Confronto tra le tre visite delle tre specialità: gli scambi “socioemotivi” e “orientati al compito” (medie percentuali)



Anche se le differenze non risultano statisticamente significative, nella prima visita appaiono decisamente prevalenti gli scambi “orientati al compito” (biomedici) relativi alla malattia e ai trattamenti; questi interventi diminuiscono progressivamente con il passare del tempo poiché divengono, probabilmente, meno necessari per il paziente. Soprattutto essi sembrano lasciare spazio al rapporto più “personale” di medico e paziente, agli scambi di carattere socioemotivo, ad una consuetudine di conversazione che può far pensare allo sviluppo di una certa “familiarità” tra i due.

Grafico 10. Confronto tra le tre visite: andamento delle utterance relative alle varie categorie di contenuto del RIAS (medie percentuali)



Ancora una volta sono le categorie “*Counselling (Biomedical)*” e “*Social Behaviour*” a mostrare i cambiamenti più evidenti (Grafico 10).

Gli scambi di tipo biomedico della prima categoria sono molto più rappresentati nella prima visita (M=44.95) e diminuiscono nelle altre due (M=34.05 nella seconda e M=34.75 nella visita di *follow-up*); gli scambi socioemotivi sono rappresentati soprattutto nella visita di *follow-up* (M=22.34).

Solo nel caso della categoria “*Social Behaviour*” la differenza tra le visite è statisticamente significativa [F(2,51) = 6.60, p.<.01].

Tabella 12. Confronto tra le tre visite: medie delle macrocategorie del RIAS (medie delle percentuali di utterance)

| | Prima visita | Seconda visita | Follow-up | Tot. |
|--|--------------|----------------|-----------|-------|
| Counselling (Biomedical Exchange) | 44.95 | 34.05 | 34.75 | 37.92 |
| Asks Questions Biomedical (Open, Closed) | 11.72 | 10.40 | 11.85 | 11.32 |
| Procedural Exchanges | 18.61 | 21.15 | 17.28 | 19.01 |
| Social Behaviour | 11.43 a | 12.15 a,b | 22.34 b | 15.31 |
| Rapport Building | 4.88 | 9.48 | 6.31 | 6.89 |
| Counselling (Psychosocial Exchange) | 6.51 | 9.65 | 5.93 | 7.36 |
| Asks Questions Psychosocial (Open, Closed) | 1.87 | 3.09 | 1.50 | 2.15 |

**p.<.01

In particolare, questa categoria è utilizzata nella prima visita in misura statisticamente minore (M=11.43) rispetto a quanto non avvenga nella visita di *follow-up* (M=22.34) (post-hoc Tukey test p.<.01).

3.3.1.4 *Discussione*

Dall’analisi delle ventisette videoregistrazioni effettuata con il RIAS sono emersi alcuni interessanti risultati. In primo luogo le visite mediche risultano tra loro molto diverse per durata (questo dato è confermato anche dall’analisi della varianza secondo la quale esiste una differenza statisticamente significativa tra le visite esaminate). La prima visita è in generale molto più lunga delle altre due le quali diminuiscono progressivamente di durata mano a mano che si procede dalla prima alla seconda ed, infine, alla visita di *follow-up*. La prima visita viene evidentemente impiegata per studiare approfonditamente il caso da un punto di vista biomedico (e di questo è possibile non vi sia più altrettanta necessità nelle visite

successive) e per costruire una relazione, per dare spazio al racconto del paziente ed eventualmente ai suoi timori. Dopo questa prima fase del rapporto il medico e il paziente sembrano passare all'azione (alla cura) trascurando viceversa la conversazione che avviene durante le visite.

La durata delle visite è legata anche al tipo di specialità considerata (e anche in questo caso la differenza è risultata statisticamente significativa): le visite cardiologiche durano, in media, più delle altre (32 minuti); le visite più brevi sono quelle chirurgiche (in media 8 minuti), mentre le visite oncologiche hanno una durata intermedia rispetto alle altre due specialità (in media 20 minuti). Questo risultato potrebbe essere legato alle caratteristiche anche organizzative delle tre specialità considerate: il cardiologo e l'oncologo incontrano il paziente in ambulatorio, con una frequenza di 15-20 giorni circa, mentre il chirurgo incontra il paziente mentre è ricoverato in reparto, due volte al giorno, e le visite coincidono essenzialmente con la fase pre e post-operatoria.

In un interessante studio del 2003 (Bensing et al., 2003) si sono comparate le visite mediche di pazienti olandesi e americani a cui era stata posta diagnosi di ipertensione. Una delle variabili studiate fu proprio la durata delle visite e rispetto a questa variabile è emerso che nel campione americano la durata media delle visite oscillava tra un minimo di 7 e un massimo di 16 minuti, nel campione olandese essa diminuiva ed era in media di 10 minuti per visita. La durata media delle visite nel nostro studio è di circa 20 minuti (considerando la prima visita, la seconda e la visita di *follow-up*). La differenza riscontrata è probabilmente riconducibile al tipo di specialità considerate che non rendono precisamente confrontabili i due studi ma con ogni probabilità in essa può essere riconosciuta anche l'influenza della diversa cultura di appartenenza (mediterranea, latina vs. anglosassone, nordica) e dunque un diverso modo di concepire e utilizzare la relazione e la comunicazione a cui in Italia è probabilmente dedicato più spazio.

Un secondo risultato riguarda in generale il contributo di medico e paziente alla conversazione: la media delle percentuali di *utterance* del medico è sempre maggiore rispetto a quella del paziente. Questo avviene in tutte e tre le specialità e in tutte e tre le visite. Nelle visite il medico parla molto più del paziente e parla soprattutto degli aspetti legati alla diagnosi e alla prescrizione farmacologica. Il paziente fornisce un contributo minore (una minore quantità di *utterance*) durante l'incontro e tale contributo riguarda soprattutto il modo in cui egli interpreta personalmente la malattia, le sue preoccupazioni e aspettative e quindi la dimensione soggettiva della malattia. In questo risultato è ravvisabile in modo molto chiaro la

“centratura sul medico” delle visite, di tutte le visite, e la natura asimmetrica della relazione tra il medico ed il paziente (con lo sbilanciamento a favore del medico che mostra di avere più potere sulla relazione rispetto al paziente). I soli risultati del RIAS non sono tuttavia in grado di rivelare se tale asimmetria risulti infine in uno “svantaggio” per il paziente che non può/non riesce ad esprimere il proprio punto di vista nel corso della visita o se essa non rappresenti piuttosto l’assunzione di responsabilità del medico nella conduzione della visita. Non sono chiaramente identificabili, soprattutto, le dinamiche attraverso cui tale asimmetria si realizza: se sia imposta dal contesto o dal medico, ad esempio, o se viceversa essa sia co-costruita da medico e paziente in interazione.

Per quello che riguarda il genere di interventi comunicativi di medici e pazienti, dalla ricerca è emersa una sostanziale prevalenza di scambi comunicativi “orientati al compito”, ovvero di carattere biomedico, rispetto agli interventi comunicativi di carattere “socioemotivo” (prevalenza che è risultata significativa anche dal punto di vista statistico). Questo risultato è coerente con i numerosi studi che in letteratura hanno ripetutamente evidenziato questa tendenza (Eide et al., 2003; McDonagh et al., 2004; Detmar et al., 2001) e che hanno studiato il rapporto tra scambi comunicativi e soddisfazione del paziente (Beach et al., 2006; Brèdart et al., 2005; Ong et al., 2000b). Questa tipologia di scambi comunicativi è, naturalmente, la più caratteristica e rappresentativa della specifica situazione dell’incontro medico per ovvi motivi riconducibili agli scopi della visita oltre che agli obiettivi del medico.

Dal confronto tra le tre specialità (cardiologia, oncologia medica, chirurgia) emerge che gli scambi “orientati al compito” prevalgono sistematicamente su quelli “socioemotivi”. Tuttavia la consistenza di tale genere di interventi comunicativi non è la stessa in tutte e tre le specialità: gli scambi “orientati al compito” sono di gran lunga più numerosi in cardiologia, lo sono un po’ meno in oncologia, sono molto meno numerosi in chirurgia (in particolare le specialità che differiscono tra loro in modo statisticamente significativo sono la cardiologia e la chirurgia). Le due tipologie di scambi comunicativi (orientati al compito e socioemotivi) sembrano essere realizzate in modo differente nelle tre specialità: i temi di carattere biomedico (“scambi orientati al compito”) sembrano essere più numerosi quando lo scopo della visita è ottenere la piena collaborazione del paziente e la sua completa aderenza (come avviene, ad esempio, in cardiologia dove un ruolo centrale è svolto dal paziente che deve imparare ad assumere in autonomia una complessa terapia farmacologica e soprattutto modificare alcune basilari abitudini di vita). La necessità di discutere di questo genere di

argomenti sembra diminuire mano a mano che diminuisce il bisogno di collaborazione da parte del paziente fino all'affidarsi completo “nelle mani” del medico, come avviene nel caso della chirurgia.

Nell'ambito di ogni singola specialità sono poi riconoscibili differenti *pattern* comunicativi: con il passare del tempo (dalla prima visita, alla seconda, alla visita di *follow-up*) il cardiologo tende a diminuire gradualmente i propri interventi biomedici per lasciare più spazio agli scambi riferiti al rapporto interpersonale stabilendo, nel corso delle visite, un dialogo con il paziente nel quale questi fornisce non solo informazioni sul proprio stato di salute oggettivo, ma anche informazioni personali riguardanti il modo soggettivo di vivere la malattia. L'oncologo, al contrario, tende ad occuparsi da subito anche degli aspetti socioemotivi legati alla reazione psicologica alla diagnosi e alle terapie, ma rapidamente incrementa con il passare del tempo gli interventi biomedici riguardanti la terapia e i suoi effetti. Il chirurgo, infine, sembra utilizzare il primo incontro per condividere con il paziente il maggior numero di informazioni (soprattutto biomediche) per poi lasciar loro, successivamente, il minimo spazio a beneficio, invece, degli aspetti socioemotivi della relazione, soprattutto (presumiamo) della rassicurazione circa l'imminente intervento o circa il buon esito dell'intervento stesso.

Anche dal confronto tra contributi comunicativi di medico e paziente sono emerse regolarità interessanti e coerenti con i dati di letteratura. La decisa prevalenza di scambi “orientati al compito” rispetto a quelli “socioemotivi” riguarda entrambi gli “attori” della visita medica. La maggior parte dei contributi comunicativi del medico nel corso della visita riguardano aspetti legati alla diagnosi, alla prescrizione farmacologica e alla malattia. Anche i contributi del paziente sono soprattutto “biomedici”, tuttavia i pazienti portano in misura rilevante anche temi di tipo socioemotivo a differenza di quanto accade invece ai medici. Questo risultato, ancora una volta, trova conferma in letteratura: molti studi mostrano che la tendenza generale dei medici è quella di adottare in prevalenza tecniche direttive di carattere prettamente biomedico (domande mediche, spesso chiuse, indicazioni e consigli) ed in misura minore interventi centrati sul paziente a contenuto psicologico o psicosociale (Siminoff et al., 2006; Bensing et al., 2003; Del Piccolo, 1998). Nel nostro studio è emerso che sia i medici che i pazienti strutturano i loro contributi nel corso delle visite in modo analogo, in particolare si osserva un progressivo decremento degli interventi biomedici ed un corrispondente incremento di quelli socioemotivi mano a mano che si passa dalla prima visita a quella di *follow-up*.

Confrontando tra loro prima visita, seconda visita e *follow-up* si osserva che mano a mano che la relazione tra medico e paziente procede gli scambi “orientati al compito” tendono progressivamente a diminuire mentre quelli “socioemotivi” tendono progressivamente ad aumentare. Nella prima visita appaiono decisamente prevalenti gli scambi “orientati al compito”, relativi alla malattia e ai trattamenti, tali interventi diminuiscono progressivamente con il passare del tempo poiché, possiamo ipotizzare, divengono sempre meno necessari per il paziente. Insieme, medico e paziente, si rendono poi artefici della costruzione del rapporto che li lega, lasciando così spazio ad una relazione “più personale”, agli scambi di carattere socioemotivo, ad una consuetudine di conversazione che può far pensare allo sviluppo di una certa “familiarità” tra i due.

In uno studio molto simile al nostro (Van Dulmen et al., 1997), i ricercatori hanno analizzato le visite di 18 pazienti rilevando che la prima visita aveva una durata di circa 28 minuti, la seconda di 11 e la terza di 9. A differenza di quanto emerso dal nostro studio, questi Autori non hanno rilevato sostanziali cambiamenti nel modo di condurre le visite da parte dei medici. I pazienti invece tendevano a porre sempre maggiore enfasi sugli aspetti socioemotivi mano a mano che le visite si susseguivano. Risultati più simili a quelli del nostro studio si sono riscontrati nello studio di Graugaard et al. (2005) in cui la durata delle visite si riduceva progressivamente con il passare del tempo e seguiva un andamento simile a quello da noi osservato. Anche in questo studio la prima visita era contrassegnata da un continuo passaggio di informazioni di natura biomedica dal medico al paziente, passaggio che si riduceva notevolmente nella seconda e nella terza visita.

Scendendo più nel dettaglio nell’analisi delle categorie di interventi utilizzati dai medici e dai pazienti, è possibile notare che le categorie che mostrano maggiori differenze, anche dal punto di vista statistico, sono senz’altro due: la categoria “*Social Behaviour*” (che fa riferimento alle frasi utilizzate dal medico e dal paziente nelle fasi iniziali e finali della conversazione, alle battute amichevoli scambiate tra di essi e alle affermazioni di approvazione o disapprovazione dirette al paziente o ad altri) e la categoria “*Counselling (Biomedical)*” (che fa riferimento a quelle frasi caratterizzate da un contenuto neutrale mediante il quale il medico fornisce informazioni correlate alla terapia e ai sintomi del paziente). A questo proposito il dato più interessante è emerso dal confronto tra le tre specialità: nelle visite del cardiologo le indicazioni e le informazioni biomediche (“*Counselling (Biomedical)*”) relative alla malattia e alle terapie sono utilizzate in misura maggiore di quanto non avvenga nelle visite del chirurgo. Allo stesso modo, le battute amichevoli, il chiacchierare con il medico (“*Social Behaviour*”) sembrano essere utilizzate maggiormente in chirurgia rispetto a quanto avviene in cardiologia

e in oncologia. Le differenze esistenti nel caso di queste due categorie sono inoltre riconducibili a tre diversi *pattern* comunicativi emergenti nelle tre specialità analizzate a seconda che la visita considerata sia la prima, la seconda o la visita di *follow-up* (emerge un'interazione, quindi, con la variabile "tempo"). Il cardiologo, ad esempio, tende a diminuire il numero di scambi comunicativi di carattere biomedico mano a mano che la relazione procede, come se fosse possibile dedicarsi agli aspetti più "sociali" della relazione solo dopo essersi assicurati che dal punto di vista biomedico stia andando tutto bene poiché il paziente sta seguendo adeguatamente la terapia. L'oncologo dedica più spazio agli scambi di tipo socioemotivo sin dal primo incontro, frutto anche di un clima emotivo che proprio in prima visita risulta molto intenso e non eludibile. All'opposto di quanto avviene in cardiologia in oncologia gli interventi biomedici aumentano gradualmente in seconda e terza visita quando gli effetti collaterali della chemioterapia ed i rimedi per contrastarli diventano importanti per il medico e per il paziente. Infine, nelle visite chirurgiche emerge un *pattern* ancora diverso: gli scambi di tipo biomedico sono soprattutto presenti in prima visita, quando viene raccolta la storia medica del paziente ed è descritto l'intervento e diminuiscono drasticamente dopo per lasciar spazio agli scambi di tipo più sociale che hanno probabilmente la funzione di rassicurare il paziente circa l'intervento chirurgico e di metterlo il più possibile a proprio agio perché affronti al meglio la sala operatoria.

Per quanto riguarda il confronto tra medico e paziente l'unico dato emerso come significativo da un punto di vista statistico è la decisa prevalenza di *utterance* riguardanti la categoria "*Procedural Exchanges*" (interventi che esprimono all'altra persona cosa sta per accadere, cosa aspettarsi durante il colloquio o l'esame obiettivo) del medico rispetto a quelle del paziente, dato che segnala, a nostro avviso, la costante assunzione di responsabilità, da parte del medico, nella guida della visita e della conversazione con il paziente.

Sintetizzando quanto emerso dalla nostra analisi possiamo dire che i risultati sono interessanti anche se in parte attesi. Per ciò che riguarda l'obiettivo principale dello studio, ovvero l'analisi dei contributi, in termini di tecniche comunicative, del medico e del paziente nel corso della visita medica. Possiamo dire che tali contributi mostrano una netta predominanza degli interventi dei medici e tra questi una prevalenza degli scambi comunicativi "orientati al compito". I pazienti, di contro, si soffermano di più di quanto non facciano i loro medici sui temi di tipo socioemotivo. Questo genere di andamento è stato rilevato anche in altri studi, ad esempio nello studio di Paasche-Orlow e Roter (2003) in cui sono stati indagati i *pattern*

comunicativi di medici specialisti e di medici di base. I risultati derivanti dall'analisi di 564 videoregistrazioni hanno evidenziato che gli specialisti ricorrono più frequentemente a domande che indagano la condizione medica del paziente (riguardo alla sua storia medica, al trattamento e ai sintomi) mentre i medici di base sembrano enfatizzare maggiormente le informazioni di natura psicosociale. Un'ulteriore variabile analizzata nello studio di Paasche-Orlow e Roter è stata la “*Verbal Dominance*” (indice riguardante la quantità di affermazioni formulate dal medico nel corso della visita medica) rispetto alla quale gli specialisti risultano parlare molto di più rispetto ai medici di base. Un comportamento analogo a quello degli specialisti anglosassoni sembra caratterizzare anche i medici specialisti che hanno aderito al nostro studio.

Rispetto al nostro secondo obiettivo, ovvero al confronto in termini di “andamento” della comunicazione nelle tre specialità considerate, è stato possibile riconoscere specifici *pattern* di comunicazione nelle visite dell'oncologia medica, della cardiologia e della chirurgia così come, almeno in parte, ci aspettavamo. In oncologia il medico incontra un paziente portatore di una malattia (di cui spesso è appena venuto a conoscenza) che attiva processi regressivi e che induce a sperimentare bisogni molto simili a quelli di un bambino: bisogno di accudimento, di presenza, ma soprattutto di ascolto. In questa specialità, sicuramente più che in altre, emerge l'importanza del colloquio con il paziente che consente di comprenderne le angosce principali e come egli le rappresenta. La comunicazione tra medico e paziente, rispetto ad altre specialità, è molto più orientata verso il “personale”; questo spiegherebbe la necessità dell'oncologo di occuparsi da subito degli aspetti socioemotivi (come abbiamo avuto modo di osservare nelle visite videoregistrate) per poi incrementare gli interventi inerenti alle terapie e ai loro effetti nel corso delle visite. Nel caso dello scompenso cardiaco, come probabilmente nel caso di tutte le malattie croniche, i modelli assistenziali più efficaci hanno come caratteristiche principali la continuità dell'assistenza e l'educazione del paziente, chiamato a co-gestire la propria malattia. Al paziente con insufficienza cardiaca infatti vengono richieste molte capacità tra cui la capacità di assumere una complessa terapia farmacologica, una ferrea costanza, lo sviluppo di nuove capacità di autocontrollo e, spesso, l'attuazione di cambiamenti nello stile di vita corrispondenti a difficili rinunce. In chirurgia, infine, l'obiettivo principale del medico è quello di fornire quelle informazioni in grado di consentire al paziente di comprendere i reali rischi dell'intervento e i possibili cambiamenti nello stile di vita a cui potrà andare incontro. I risultati della ricerca mostrano, a tal proposito, che il chirurgo sembra utilizzare il primo incontro per condividere con il paziente il maggior

numero di informazioni biomediche mentre nelle visite successive aumentano i contributi relativi ad aspetti emotivi e sociali, soprattutto rassicurazioni circa l'intervento chirurgico. Questo dato contraddice, almeno in parte, la nostra idea di partenza secondo la quale nella visita chirurgica, fortemente incentrata sull'atto tecnico costituito dall'intervento chirurgico, sarebbe stata rilevata una netta predominanza degli scambi comunicativi "orientati al compito". Un simile effetto si è verificato solo nella prima visita, ma non nella seconda né nella visita di *follow-up*.

Per quanto riguarda il terzo obiettivo, ovvero analizzare il modo con cui gli incontri si susseguono uno dopo l'altro per comprendere i cambiamenti e le costanti che si verificano nella comunicazione mano a mano che la relazione tra medico e paziente procede, ci saremmo aspettati risultati più evidenti. Non si sono invece rilevate differenze statisticamente significative tra le due tipologie di scambi (socioemotivi e orientati al compito) nonostante si sia evidenziata una progressiva riduzione degli scambi "orientati al compito" ed un corrispondente aumento di quelli "socioemotivi" nel progressivo passaggio dalla prima visita al *follow-up*. Non sono emerse specifiche interazioni con le specialità e quindi possibili *pattern* di comunicazione legati al modo con cui le visite si susseguono nelle tre specialità analizzate. A questo proposito è utile ricordare che uno dei più importanti limiti dello strumento utilizzato per l'analisi dei dati del nostro studio (il RIAS) è proprio la mancanza di attenzione agli aspetti sequenziali dell'interazione e in parte i risultati dello studio potrebbero risentire proprio di questa caratteristica del RIAS. I sistemi di analisi dell'interazione elaborati più recentemente hanno tenuto conto di queste carenze, tanto che alcuni autori (Brown et al., 1995) hanno messo a punto nuovi strumenti come l'"*Assessment for Communication Between Patient and Doctor*" nel quale le diverse unità di analisi vengono distinte in base alle fasi salienti dell'intervista medica e alla capacità del medico di trattare gli argomenti proposti dal paziente. Nonostante queste osservazioni l'aspetto sequenziale della comunicazione tende ancora ad essere trascurato, mentre vengono privilegiati approcci basati sul conteggio della frequenza delle unità di interazione. Sarebbe viceversa importante analizzare gli eventi relazionali e comunicativi (le visite mediche nel nostro caso) con attenzione alla loro specificità (ogni consultazione ha durata, struttura, argomenti diversi) e alla bidirezionalità (medico e paziente si influenzano reciprocamente). In accordo con tale genere di considerazioni molti studiosi (Robinson e Stivers, 2001; Duggan e Parrott, 2001; Pomerantz e Rintel, 2004) concepiscono la comunicazione come un processo in cui i soggetti creano una relazione interagendo l'uno con l'altro e contribuendo a creare il significato degli scambi e a realizzare un progetto comunicativo comune. In questa prospettiva l'oggetto privilegiato

dell'analisi diventa la dimensione processuale della comunicazione durante la visita medica, la dinamica della relazione nel momento dell'incontro tra medico e paziente, il modo in cui avvengono gli incontri tra i pazienti e i loro medici e le caratteristiche di quegli stessi incontri.

I risultati di questa analisi sono in linea con quanto riscontrato in letteratura a proposito di asimmetria nella relazione tra medico e paziente e di tipo di tecniche comunicative principalmente impiegate durante l'incontro di medico e paziente (scambi orientati al compito e socioemotivi) tuttavia ci chiediamo ancora se i *pattern* comunicativi caratteristici delle tre specialità che abbiamo preso in considerazione dipendano dallo stile del medico che in alcune circostanze si mostra gioviale ed estroverso con il paziente e in altre più capace di privilegiare gli aspetti "tecnici" della relazione, o se essi dipendano viceversa dagli scopi precipui della specialità e quindi dalle diverse discipline praticate dall'oncologo, dal cardiologo e dal chirurgo. Non è chiaramente evidenziabile, ancora, se sia il contesto delle singole specialità a generare alcune interazioni piuttosto che altre e se le caratteristiche personali dei pazienti (compresa la gravità e il tipo di patologia) influiscano, e in che modo, sui *pattern* comunicativi identificati.

Per rispondere a questi interrogativi può probabilmente risultare più utile l'analisi delle dinamiche interattive sulla base delle quali è costruita la relazione tra medico e paziente, l'analisi del modo in cui entrambi creano la loro peculiare e irripetibile relazione per osservarne e descriverne più puntualmente le forme, la struttura, le caratteristiche e anche il modo in cui, nel corso del tempo, tali forme, caratteristiche e struttura si modellano e cambiano.

3.3.2 Analisi qualitativa delle videoregistrazioni

3.3.2.1 Obiettivi

Si è già detto che l'obiettivo di questo primo studio era osservare come si svolgono gli incontri tra medico e paziente e mettere così a fuoco le modalità con cui la comunicazione struttura la storia relazionale di quanti sono coinvolti nell'incontro costituito dalla visita medica. In questa prospettiva, oltre all'analisi delle "tecniche comunicative" utilizzate principalmente da medici di diverse specialità in occasione di visite diverse, realizzata tramite il RIAS (Roter, 1991), si è voluta approfondire la comprensione dei processi comunicativi che si costruiscono nel corso delle visite.

In particolare, con l'analisi qualitativa delle videoregistrazioni, eravamo interessati a comprendere:

1. quali specifici *pattern* comunicativi emergono dalle visite e quali sono le loro principali caratteristiche;
2. se e come le modalità comunicative variano in relazione alle caratteristiche del medico (ad esempio in relazione al suo stile comunicativo), alle caratteristiche del paziente (ad esempio in relazione al tipo e alla gravità della patologia) e al grado di conoscenza reciproca di medico e paziente;
3. se e come variano le dinamiche comunicative in relazione alle caratteristiche qualitative degli "atteggiamenti relazionali" dei medici e dei pazienti.

Il costrutto a cui si fa riferimento a questo proposito è principalmente quello descritto in letteratura come *patient centredness* (Roter, 1992). In generale eravamo interessati a mettere a fuoco da un lato gli indicatori empirici a cui affidare la definizione operativa di tale concetto, dall'altro a ricostruire i significati che esso assume per i medici.

3.3.2.2 *La procedura di analisi seguita*

Le videoregistrazioni sono state visionate a più riprese e analizzate con l'obiettivo di rintracciarvi le principali caratteristiche della comunicazione e della relazione tra medici e pazienti.

Il metodo utilizzato è definibile come *clinico-osservativo*. Si sono cioè visionate più volte le registrazioni per osservarne e descriverne i contenuti, le dinamiche relazionali, le tecniche comunicative in modo non pre-codificato ma si è piuttosto proceduto in modo "aperto" ad accogliere i vari elementi emergenti dallo svolgersi dell'incontro analizzato.

Si è scelto quindi di procedere utilizzando un metodo prossimo per filosofia e procedura ai metodi dell'etnometodologia: si è cercato, cioè, di porre al centro dell'analisi l'osservazione delle *interazioni-nel-contesto*, lo studio dei *sistemi di attività situata* (Zucchermaglio, 2003), l'osservazione e la descrizione delle singole situazioni nel modo più "aperto" possibile alla realtà emergente dall'osservazione stessa. Lo scopo di un simile metodo di analisi è infatti ottenere dal materiale analizzato, e cioè dai «discorsi in interazione e [dal]le attività congiunte che si realizzano all'interno dei sistemi di attività situata» (Zucchermaglio, 2003, p. 53) non tanto «regole generali o strutture tipiche di processamento cognitivo [...] ma piuttosto [...] di rendere conto di come all'interno di situazioni sociali specifiche si articola la creazione di un significato condiviso che rende ogni azione comprensibile agli altri» (Zucchermaglio, 2003, pp. 50-51) scopo che rende questo metodo di analisi molto adatto agli obiettivi del nostro studio.

Le interazioni umane e le relazioni interpersonali, in quanto oggetti di studio, sono dunque indagate mediante metodi e strumenti di tipo qualitativo che hanno dimostrato notevoli potenzialità e in alcuni casi uno straordinario sviluppo (Mazzara, 2002). Oltre al caso dell'etnometodologia, il cui scopo principale, come abbiamo visto, è lo studio delle modalità condivise dai membri di una società per dare reciprocamente senso alle proprie azioni (Fasulo, 2002), è molto utilizzato nello studio delle interazioni umane il metodo dell'analisi conversazionale (Sacks et al., 1974) (si veda anche il paragrafo 2.5) che pone al centro del proprio interesse le regolarità nell'uso del linguaggio nonché i fenomeni specifici prodotti con i discorsi (Spagnolli, 2003). Quest'ultimo metodo non risulta particolarmente adatto per gli scopi del nostro studio, si è scelto pertanto di non adottarne le procedure in questa sede.

E' comunque dalle esperienze condotte con questo genere di metodi che è derivata e si è consolidata la pratica di registrare le interazioni umane, trascriverle, codificarle e analizzarle

in modo dettagliato (Fasulo, 2002, p. 95). Questo è precisamente il metodo con cui abbiamo proceduto nel caso delle ventisette registrazioni di visite mediche reali.

Dopo l’iniziale trascrizione del materiale videoregistrato (che serve principalmente a scopo descrittivo, ad uso del lettore, chi scrive non si è infatti mai completamente emancipata, per effettuare la sua analisi, dalla diretta ed integrale visione del materiale registrato), l’analisi è stata compiuta attraverso una serie di passaggi successivi: un primo passaggio era finalizzato a cogliere la struttura ed i contenuti della visita; un secondo passaggio per cogliere ridondanze, regole relazionali, stili di medico e paziente; un terzo è infine servito per evidenziare i singoli scambi comunicativi attraverso i quali sono esplicitati e trasmessi tra gli attori (e quindi co-costruiti) le regole, le ridondanze, gli stili.

Tabella 13. Il campione di visite mediche analizzate

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|---|-------|-------|---|-------|-------|--|-------|-------|--------|
| 1) Oncologia | <i>P 1: La sig.ra Giuseppina</i> “Sono fragile e impaurita: proteggimi e assicurami” | | | <i>P 2: Il sig. Brenno</i> “La fuga nella leggerezza” | | | <i>P 3: La sig.ra Melinda</i> “Le figlie inquisitrici” | | | tot |
| (durata in minuti) | 44.00 | 15.30 | 5.00 | 32.00 | 4.00 | 20.00 | 47.00 | 11.00 | 20.00 | 198.30 |
| 2) Cardiologia | <i>P 1: La sig.ra Barbara</i> “Posso smettere di lavorare senza voler smettere di lavorare?” | | | <i>P 2: Il sig. Hamad</i> “Ho troppa paura per curarmi” | | | <i>P 3: Il sig. Giorgio</i> “Perché sto male? Mi fa guarire?” | | | |
| (durata in minuti) | 49.00 | 30.00 | 15.00 | 62.00 | 26.00 | 19.30 | 38.00 | 19.00 | 15.30 | 274.00 |
| 3) Chirurgia | <i>P 1: Il sig. Renzo</i> “Il professore dal volto umano” | | | <i>P 2: Il sig. Armando</i> “La mia vita è nelle tue mani” | | | <i>P 3: La sig.ra Lorenza</i> “Il mio alleato” | | | |
| (durata in minuti) | 26.00 | 3.00 | 2.00 | 18.00 | 4.30 | 1.30 | 18.00 | 2.00 | 1.30 | 76.30 |

Dall’analisi sono emersi dei “ritratti”, delle descrizioni in grado di cogliere di volta in volta caratteristiche del paziente, dello stile del medico, della specialità considerata o del preciso contesto analizzato. Abbiamo scelto pertanto di attribuire ad ogni paziente un nome fittizio (piuttosto che identificare i pazienti con un numero) che ne mantenesse in qualche modo le caratteristiche personali e di assegnare ad ogni caso un “titolo” descrittivo che riassume il tratto che a nostro parere risulta, per un motivo o per un altro, saliente.

3.3.2.3 Risultati

Di seguito vengono riportati i risultati dell'analisi secondo lo schema di Tabella 14: la presentazione del primo medico (l'oncologo), della prima paziente, e quindi delle tre visite della prima paziente; di seguito verrà presentato il secondo paziente con le sue tre visite e quindi la terza paziente con le sue tre visite. Lo stesso per quanto riguarda il secondo medico (il cardiologo) e successivamente per il terzo medico (il chirurgo) ed i suoi tre pazienti.

Tabella 14. Schema della presentazione dei risultati

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 1) Le visite mediche oncologiche: | Il caso n 1: La sig.ra Giuseppina | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| | Il caso n 2: Il sig. Brenno | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| | Il caso n 3: La sig.ra Melinda | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| 2) Le visite mediche cardiologiche: | Il caso n 1: la sig.ra Barbara | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| | Il caso n 2: Il sig. Hamad | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| | Il caso n 3: Il sig. Giorgio | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| 3) Le visite mediche chirurgiche: | Il caso n 1: Il sig. Renzo | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| | Il caso n 2: Il sig. Armando | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |
| | Il caso n 3: La sig.ra Lorenza | La prima visita La seconda visita La visita di follow-up |

1) Le visite mediche oncologiche

Ricostruzione del contesto

Il reparto di Oncologia in cui ha luogo la visita presenta innumerevoli peculiarità e caratterizzazioni: la patologia curata è grave, spesso già ben conosciuta dai pazienti, e fonte di forti angosce legate alla diagnosi, al trattamento e alla prognosi. I trattamenti proposti (la chemioterapia) sono spesso fissi, sottoposti a protocolli e sono “subiti” passivamente dal paziente che si affida alla struttura (anche se il rituale degli esami, della visita, del controllo dei valori del sangue e della infusione viene spesso introiettata dal paziente che ne controlla se non altro la sequenza, il susseguirsi sempre uguale delle fasi). I tipi di protocolli esistenti e disponibili sono diversi e di diversa natura (ad esempio preventivi o curativi). La ricerca si svolge in un grande centro del nord Italia piuttosto rinomato per le cure che vi si praticano.

Profilo del medico. Il M è un'oncologa, con molti anni di esperienza (almeno 15 anni) sia di reparto che di terapie ambulatoriali. Da almeno cinque anni si occupa in particolare dei protocolli relativi alla cura dei tumori del distretto gastro-intestinale.

Il caso n. 1: la signora Giuseppina – “Sono fragile e impaurita: proteggimi e rassicurami”

Profilo della paziente. La P è una donna piuttosto giovane (49 anni) che è stata sottoposta all'asportazione di una grossa neoformazione (6 cm) al fegato. L'intervento è stato radicale tuttavia, data la giovane età della donna e le indicazioni dei protocolli internazionali, è previsto che ella sia sottoposta ad alcuni cicli di chemioterapia.

Si tratta di una persona molto affabile e gentile, possiede un diploma di maturità magistrale e risulta spesso informata o comunque in grado di gestire adeguatamente le informazioni riguardanti la sua condizione e i trattamenti.

Risulta anche molto apprensiva e ansiosa oltre che spaventata in questo particolare frangente. Risulta capace di fidarsi dei curanti, di affidarsi ad essi e di collaborare ai propri trattamenti.

Proviene da un'altra regione e deve dunque affrontare un discreto viaggio per poter raggiungere il Centro ed effettuare visite e cura (ca. 400-500 Km). Non è sposata e chi l'accompagna, generalmente, sono le sorelle o alcuni amici.

La prima visita

La prima visita risale al 21.11.06 e dura in tutto 44 minuti. Alla visita sono presenti il medico oncologo (M) ed una sua collega in visita da un altro Paese (che rimarrà in silenzio per l'intera durata della visita). La paziente è accompagnata dalla sorella.

M – apre la comunicazione sottolineando il visibile stato di tensione della P a cui sembra di voler far fronte entrando subito nel merito della questione; mostrando in particolare di conoscere il suo caso, cioè la storia dell'intervento da lei subito. Si interessa degli aspetti logistici, vista la provenienza della paziente da altra regione.

P – (accompagnata da sorella che non interviene mai direttamente) Si mostra “sottotono” ma risponde alle domande del M sottolineando subito la sua intenzione di farsi curare a Modena, anche se lontana dalla sua residenza.

M – Sottolinea positivamente lo stato di salute in cui ha vissuto la paziente prima dell'intervento.

P – Racconta la scoperta del problema che ha richiesto l'intervento.

M – Completa la richiesta di informazioni, dalle caratteristiche socio-demografiche alle abitudini alimentari della P.

M – VISITA. Alcune battute con l'intento di alleggerire la situazione; apprezzamento della qualità della ferita chirurgica, uso di metafore sdrammatizzanti dei vari passaggi della visita e valutazioni positive di quanto sta accertando attraverso la visita stessa.

Sospesa la comunicazione. Il M scrive annotazioni

M – Continua ad alimentare con spunti di leggerezza il tono del clima, assecondato in questo dalle retroazioni del P. Attraverso un “allora, veniamo a noi!” apre direttamente il discorso sulla questione centrale dell'incontro, la chemioterapia, che introduce a partire da una valutazione dell'intervento chirurgico come estremamente efficace a cui affianca però anche il riferimento ad alcuni dati emersi dal preliminare esame ecografico per giustificare come del tutto opportuno il consiglio di sottoporsi alla chemioterapia come trattamento che definisce comunque “preventivo”.

P – Ascolta senza parlare, ma la sua gestualità fa pensare che si trovi in stato di tensione.

M – Chiede dell'esistenza di centri oncologici vicini alla residenza della P, precisando la natura standardizzata della cura da fare.

P – Sollecitata, esplicita - senza riuscire del tutto a trattenere il pianto - il motivo della preoccupazione mostrata. Non il fatto di non essere d'accordo sul fare la terapia, né tantomeno la questione della distanza ma la paura per il peso delle conseguenze della terapia stessa e in particolar modo la perdita dei capelli.

M – Rassicura la P precisando la garanzia che i nuovi farmaci forniscono a questo riguardo; sottolineando la non necessaria pesantezza degli effetti indesiderati e ricordando che si tratterà solo di

qualche mese. Insistendo su quest'ultimo aspetto il M affida il suo intento di assicurazione ad un possibile cambiamento di prospettiva che stimola nella paziente. "è insomma un periodo che si chiude e poi si ricomincia". Non vengono inoltre trascurati i richiami alla natura preventiva della cura e alla sua provata efficacia, anche se con la precisazione che l'efficacia stessa è riferita alla riduzione del rischio che "non può essere mai ridotto a zero".

P – Manifesta assenso dopo la precisazione riguardante il rischio.

M – Rafforza ulteriormente la assicurazione chiamando in causa la connessione dei sacrifici al presente per star meglio in futuro e ricorrendo alla metafora dell'investimento di danaro per ricavarne profitti futuri.

P – Sembra mostrare un primo tentativo di esplorazione più concreta del "campo" chiedendo informazioni sugli aspetti pratici della cura.

M – Accanto alle informazioni richieste fornisce l'ulteriore assicurazione legata alla possibilità di smettere la terapia se si riscontrano effetti troppo pesanti.

P – Risponde emotivamente esplicitando la sua paura di fondo "tanto devo morire".

M – Rassicura ricordando l'ottima qualità (la generosa pulizia) dell'intervento effettuato (sul quale la P concorda); precisando che in casi come questi in passato non si sarebbe fatta alcuna terapia e che il consigliargliela dipende dalla sua giovane età e dall'accertata efficacia rispetto ai rischi. Aggiunge inoltre che l'obiettivo è quello di garantirle l'accessibilità a ciò che può permetterle di stare meglio in futuro.

P – Mostra di rimanere preoccupata/tesa, ma anche con qualche segno di allentamento.

M – Riepiloga richiamando la prospettiva del sacrificio temporaneo in vista di un futuro di salute migliore ("punto e stop!") e insistendo sul consiglio di optare per un centro vicino alla sua residenza per la terapia.

P – Molto dubbiosa su quest'ultimo punto, anche in nome della sfiducia e chiede comunque se, il M le rilascerebbe un protocollo da portare al centro vicino.

M – si mostra disponibile ad ogni possibile soluzione del problema, compresa quella di iniziare a Modena e poi vedere, e lascia comunque alla P il tempo per riflettere.

P – Si vivacizza per manifestare la sua intenzione a cominciare prima possibile la terapia (intanto a Modena) per tornare a lavorare.

M – Passa alla richiesta di adempimenti (analisi etc.) e illustrazione delle cose necessarie per la terapia, analizza tempistica e modalità più vantaggiosi per la P.

P – Parla dei modi possibili per arrivare a Modena.

M – Descrive i tempi necessari per le sedute terapeutiche etc.

P – Torna sulla paura di perdere i capelli... ma poi si mostra più tranquilla e partecipa a fronte dell'organizzazione proposta da M.

M – Scrive

P – Scambia parole sottovoce con la sorella. Elogia il sistema sanitario modenese e in particolare apprezza medici e personale in genere.

M – Ribadisce la sua disponibilità a stabilire eventuali contatti nel caso in cui la P decidesse di continuare la terapia nella propria città di provenienza. Richiama la questione capelli per tranquillizzare la P.

E' riconoscibile, all'interno della visita, una struttura ben definita, una scansione in fasi susseguenti che hanno, tra l'altro, l'effetto di guidare e orientare anche la P. Possiamo ipotizzare che questa struttura sia in parte legata al contesto che probabilmente la prevede e in parte al M che organizza così il proprio operato. Le fasi riconoscibili sono quelle dell'apertura e della presentazione reciproca (3 min.) a cui segue una fase di presentazione della P. in termini della sua storia di malattia (anamnesi 3 min. e 20), dopo la raccolta di queste informazioni c'è la visita medica (3 min. e 30), solo dopo la conclusione della visita il M, che finora aveva solo raccolto informazioni, inizia a dare informazioni circa la patologia ed i trattamenti che intende proporre e a rispondere alle domande di informazione della P (questa fase dura circa 10 min.).

A metà della visita l'alleanza di lavoro, una negoziazione degli obiettivi, sembra stabilita.

Inizia a questo punto una seconda fase della visita più organizzativa mirante a impostare il seguito della cura e della relazione: una fase in cui si discutono questioni pratiche particolarmente rilevanti in questo caso dato che la P deve fare un lungo viaggio viene dedicato molto tempo a questo genere di questioni e il nuovo messaggio che sembra derivarne è di grande disponibilità e interesse per la P come persona. C'è poi una fase in cui il M svolge compiti operativi di prenotazione di esami e visite e di scrittura della lettera di dimissione (in tutto 12 min.). Infine, dopo una sintesi della lettera e delle decisioni condivise nel corso della visita, il M e la P si salutano e si congedano.

L'atteggiamento del M è da subito di ascolto, appena la P si siede in ambulatorio il M la invita a prendere la parola rimanendo a sua volta in silenzio e in ascolto. Lo spazio lasciato alla P fa subito emergere nella stessa ansie e paure legate alla situazione che subito si manifestano in pianto e in generale nel messaggio, rivolto al M, "sono fragile e impaurita: proteggimi e rassicurami". Questa richiesta viene subito colta dal M che cerca immediatamente di rassicurare e tranquillizzare attraverso le informazioni, la disponibilità e l'espressione della propria vicinanza emotiva. Questo schema di richiesta di rassicurazione a

cui segue una effettiva (ed efficace) rassicurazione del M si ripete, durante questa visita, in quattro occasioni. Le risposte del M sembrano rispondere alle aspettative e richieste della P (che sembrano soprattutto di ordine emotivo) tanto che questa spontaneamente offre al M un feedback riguardante la loro relazione già in prima visita “mi sono sentita bene, accolta...” e comunica il proprio voler “scegliere” proprio quel medico e quel Centro, una sorta di “mi piaci” che impegna ulteriormente il M che già così tanto si è speso con questo P.

Dall’analisi emergono in particolare:

- 1) Il momento e il modo attraverso il quale la P mostra preoccupazione, tensione o paura e richiede rassicurazione:
 - un primo momento all’inizio dell’interazione, quando la P mostra il “visibile stato di tensione”, inizia quasi a piangere (una preoccupazione generica);
 - al minuto 11.55 quando “senza riuscire a trattenere il pianto” esplicita il motivo della preoccupazione: la paura per il peso delle conseguenze della terapia (una preoccupazione più specifica e quindi più facilmente trattabile dal M);
 - una terza volta al minuto 14.57 quando emerge “la sua paura di fondo, tanto devo morire” (la paura più profonda);
 - infine al minuto 25,23 e al 42,36 la P torna sulla sua paura di perdere i capelli (un timore importante per la P ma certamente ben gestibile sia dal M che dalla P).

- 2) Il momento e il modo con il quale il M risponde rassicurando:
 - già dopo la prima sollecitazione della P il M mostra la propria disponibilità all’ascolto (si mette subito a braccia conserte e in silenzio), mostra il proprio interesse evidenziando come sia già a conoscenza del caso della P e interessandosi degli aspetti logistici (la P viene da altra regione). Durante la visita il M fa battute con l’intento di alleggerire la situazione, usa metafore sdrammatizzanti;
 - in risposta alla preoccupazione per i trattamenti (dal minuto 12,11 al minuto 13,50) il M rassicura usando soprattutto l’informazione: precisa la garanzia fornita dai nuovi farmaci, sottolinea la non necessaria pesantezza degli effetti indesiderati,

ricorda che si tratterà di alcuni mesi. Cerca di far cambiare prospettiva alla P “è insomma un periodo che si chiude e poi si ricomincia”;

- in risposta a paure gravi e profonde della P, la paura di morire, il M rassicura usando tutti gli elementi che vanno nella direzione di far sentire la P effettivamente guarita e fuori pericolo: l'intervento radicale e l'atteggiamento prudentiale che spinge a fare la chemio (preventiva) in una P giovane. Il M riepiloga richiamando la prospettiva del sacrificio temporaneo in vista di un futuro di salute migliore;
- anche alla fine della visita il M rassicura la P sulla temuta perdita dei capelli ma a questo punto la P sembra già più tranquilla e l'intervento del M può essere più breve e risultare ugualmente efficace.

I temi estremamente coerenti e le sequenze (conseguenziali) fanno pensare ad una “danza” in cui i movimenti degli attori (M e P) sono connessi e consequenziali.

1) Un primo movimento si ha molto precocemente, già nelle prime battute della visita:

- M apre la comunicazione (apertura, **disponibilità** che rende possibile 2.)
- la P mostra il suo visibile stato di tensione (**richiesta di rassicurazione**)
- M **rassicura** mostrando di conoscere il caso, interessandosi degli aspetti logistici
- M **rafforza i suoi tentativi di rassicurazione** durante la visita usando alcune battute per alleggerire la situazione e usando metafore sdrammatizzanti e continuando anche dopo ad alimentare con spunti di leggerezza il tono del clima
- **retroazione** di P: ascolta senza parlare, la sua gestualità fa pensare che si trovi in stato di tensione

Questo primo giro di danza risulta poco efficace rispetto alla rassicurazione, la P è ancora tesa.

2) La tensione della P esce subito dopo, nella seconda sequenza:

- P esplicita – senza riuscire del tutto a trattenere il pianto (**richiesta di rassicurazione**)
 - il motivo della **preoccupazione** mostrata: la paura per il peso delle conseguenze della terapia e in particolar modo la perdita dei capelli
- M **rassicura** la P usando le informazioni: garanzia dei nuovi farmaci; non necessaria pesantezza degli effetti indesiderati, si tratterà solo di qualche mese: “è insomma un periodo che si chiude e poi si ricomincia”
- M **rafforza ulteriormente la rassicurazione** chiamando in causa la connessione dei sacrifici al presente per star meglio in futuro e ricorrendo alla metafora dell’investimento di danaro per ricavarne profitti futuri
- P sembra mostrare un primo tentativo di **esplorazione più concreta del “campo”** chiedendo informazioni sugli aspetti pratici della cura.
- M, accanto alle informazioni richieste, **fornisce un’ulteriore rassicurazione** legata alla possibilità di smettere la terapia se si riscontrano effetti troppo pesanti

Questo tentativo sembra andare meglio: la P sembra poter chiedere di più al M, si sente finalmente di poter iniziare a parlare di quello che teme tanto, la chemioterapia.

3) Può anche esplicitare la sua vera paura in quella che riconosciamo come terza sequenza:

- P esplicita la sua paura di fondo: “tanto devo morire” (**richiesta di rassicurazione**)
- M **rassicura** ricordando l’ottima qualità (la generosa pulizia) dell’intervento effettuato (sul quale la P concorda); precisando che in casi come questi in passato non si sarebbe fatta alcuna terapia e che il consigliargliela dipende dalla sua giovane età e dall’accertata efficacia rispetto ai rischi
- **retroazione** di P: mostra di rimanere preoccupata e tesa, ma anche con qualche segno di allentamento
- M si mostra **disponibile** ad ogni possibile soluzione dei problemi logistici e lascia comunque alla P il tempo per riflettere
- **retroazione** di P: si vivacizza per manifestare la sua intenzione a cominciare prima possibile la terapia per tornare a lavorare

A questo punto la sequenza “apertura/disponibilità” → “richiesta di rassicurazione” → “rassicurazione del M” → “retroazione” sembra essere diventata una regola relazionale di questa coppia e sembra inoltre una sequenza efficace:

4) La quarta ed ultima sequenza riguarda un tema importante ma più marginale, la P appare in effetti già rassicurata:

- P torna sulla paura di perdere i capelli (**richiesta di rassicurazione**)... ma poi si mostra più tranquilla e partecipa a fronte dell’organizzazione proposta da M
- **retroazione** di P: elogia il sistema sanitario modenese e in particolare apprezza medici e personale in genere
- M ribadisce la sua **disponibilità** a stabilire eventuali contatti nel caso in cui la P decidesse di continuare la terapia a nella sua città. Richiama la questione capelli per **tranquillizzare** la P

La seconda visita

La seconda visita è del 4.12.2006. Sono passate due settimane dal primo incontro tra il medico e il paziente. In questa occasione il medico è solo. La paziente è accompagnata dalla stessa persona (la sorella) che l’accompagnò la prima volta. La visita, seppure non brevissima, dura molto meno della prima, 15 minuti e 30.

M – Apre informando delle decisioni, prese col suo direttore, di adottare uno schema terapeutico che faciliterebbe la P dal punto di vista logistico (cadenza quindicinale anziché settimanale). Attenta ad evitare l’insorgenza di eventuali dubbi sull’efficacia terapeutica del cambiamento proposto, aggiunge rassicurazioni di carattere biomedico facendo anche riferimento alla questione “caduta capelli”. Avverte la P della maggiore durata delle sedute terapeutiche.

P – Dopo aver annuito diverse volte durante l’attento ascolto prestato alla proposta del M, la P esprime la sua convinta decisione di fare la terapia a Modena facendo anche riferimento a competenti pareri ricevuti in questa direzione.

M – Passa alle precisazioni relative ai farmaci che la P dovrà prendere a fronte degli effetti collaterali legati alla terapia (nausea); rassicura la P rispetto alla preoccupazione da lei espressa circa la durata di tali effetti. Fornisce indicazioni sul modo in cui la P potrà procurarsi i farmaci.

P – Mostra di non aver capito se inizierà immediatamente o meno la terapia. Appare sollevata quando il M le risponde positivamente, ma dopo un breve silenzio durante il quale il M scrive, la P esprime il suo pessimismo e/o bisogno di essere rassicurata esplicita che il suo stato d'animo è quello di chi “non ha speranze”.

M – Rassicura sdrammatizzando attraverso il richiamo del fatto che si tratta di “un timore che è un pò in tutti”; ritorna soprattutto sull'ottima qualità dell'intervento chirurgico a cui è stata sottoposta la P e collega la decisione presa per la terapia unicamente alle dimensioni del tumore asportato.

P – Si interessa di conoscere la durata complessiva prevista per la sua terapia, quasi a dimostrazione delle “oscillazioni” attraverso cui sta affrontando il problema della sua malattia. Il suo atteggiamento emerge d'altra parte ambivalente di fronte alle indicazioni fornite dal M sulla durata della terapia. Il sorriso e la gestualità attraverso i quali risponde lasciano infatti pensare che anche questo annuncio contribuisca ad alimentare il suo pessimismo/sconforto.

M – Sembra voler ridimensionare la preoccupazione di fondo della P indicando come unico aspetto problematico il fatto che la tempistica dell'esecuzione della terapia comprende i mesi invernali che, in quanto tali, possono procurare intralci e difficoltà per gli spostamenti.

P – Alleggerisce questa “preoccupazione” del M sottolineando che forse i mesi peggiori sono ormai passati. Dopo aver scambiato qualche parola con la sorella introduce il tema del suo lavoro e chiede al M se, sentendosi bene, potrà riprendere a lavorare.

M – Conferma questa possibilità e riprende a scrivere, rompendo di tanto in tanto il silenzio per illustrare funzioni e modalità di assunzione dei farmaci che sta prescrivendo; illustra successivamente l'organizzazione dei percorsi da lei previsti per agevolare il P nell'esecuzione degli adempimenti legati alla terapia.

P – Si mostra nuovamente preoccupata ed esplicita i suoi timori a proposito della possibilità che la terapia produca segni fisici visibili, come l'ingrassare o il colorito; segni che portano la gente a pensare che lei sia malata, così come capita di fare a lei stessa vedendo le persone che si incontrano all'interno del centro oncologico.

M – Rassicura la P tracciando una differenza tra lei e le persone che ha appena indicato. Queste ultime “sono malate” mentre lei non lo è, “é guarita!”. Richiama in particolare il fatto che le persone malate non hanno fatto come lei un intervento chirurgico e non stanno facendo cure preventive; le ricorda le rassicurazioni che le sono state fatte in proposito dallo stesso chirurgo operante.

L'atmosfera si alleggerisce un poco in chiusura di seduta quando ci si sofferma sulle modalità del viaggio e sul tempo atmosferico. Dopo un riepilogo dei medicinali da ritirare e da prendere, M, P e sorella si avviano alla stanza della terapia.

La visita si apre con convenevoli gradevoli che danno la sensazione di un riconoscimento reciproco di M e P, un piacersi a vicenda e un ritrovarsi che mette la P da subito a proprio agio.

La comunicazione non verbale della P, soprattutto la posizione che assume sin dall'inizio, proiettata in avanti, appoggiata sulla scrivania, con le dita delle mani nervosamente intrecciate, trasmette l'idea della sua grande tensione e preoccupazione (oggi dovrà fare la sua prima seduta di chemioterapia).

Da subito il M mostra la grande disponibilità non solo personale ma anche del Centro: si organizzeranno le cure in modo da andare incontro alle esigenze della P. Anche come risposta a questo la P risponde con una forte dichiarazione di stima e fiducia *“Io preferisco farla qua (la chemioterapia)”*. Si ripresenta da subito, in questa seconda visita, la dinamica che si era evidenziata in prima visita con la P che comunica anche esplicitamente di essere soddisfatta del M e con quest'ultimo che appare, in virtù di questo, ulteriormente impegnato ad andare incontro alla P e così via...

Ancora una volta, poi, compare la dinamica che oramai sembra essere caratteristica di questa coppia: la richiesta di rassicurazione della P che avviene attraverso il suo mostrare la propria preoccupazione e la propria fragilità e la conseguente rassicurazione del M. Avviene in tre occasioni durante questa breve visita.

- 1) La prima è al minuto 1,25: parlando della terapia il M ribadisce che la P non perderà i capelli, la P adotta immediatamente un'espressione di disperazione e si porta le mani al viso, come a chiedere *“aiuto!”*, il M rassicura subito la paziente *“i farmaci sono sempre gli stessi e non dovrebbero proprio esserci problemi”*.
- 2) La seconda occasione è al minuto 3,15: la paziente spiega *“io sono convinta che... non ho speranze (di sopravvivere)”*, e il M *“nooo, il timore c'è un pò in tutti, ma no...”* e poi prosegue ricordando che la P è guarita e che le cure sono preventive.
- 3) La terza occasione, al minuto 11,21, inizia con la domanda della P *“la terapia mi farà ingrassare?”*: la P, sempre esprimendo la sua paura con un'espressione di disperazione sul viso, spiega di temere che le cure possano rendere visibile la sua condizione di ammalata *“come le persone che sono qui in sala d'attesa”*... Il M la rassicura immediatamente *“Lei non è malata... Lei è guarita”*.

Oltre ad essere uno schema consolidato tra le due donne questo sembra essere uno schema efficace: la P appare già più tranquilla e questo sembra liberare le risorse necessarie per gestire la sua situazione, è infatti ben orientata, ricorda date, farmaci e procedure e mostra di aver ben chiaro il percorso che l'attende anche in futuro.

La visita di follow-up

La visita di follow-up risale al 18.12.06 ed è molto breve (5 minuti). La peculiarità di questa visita è che essa è condotta al letto, la paziente ha già iniziato un intervento di idratazione tramite flebo in attesa di iniziare la terapia. Nel momento in cui i risultati degli esami sono pronti il medico va nella stanza di terapia per il colloquio. Sono pertanto presenti solo il medico e la paziente.

M – Chiede notizie su come la P si è sentita dopo la precedente terapia, con atteggiamento colloquiale.

P – Appare abbastanza serena e sorridendo risponde positivamente alla richiesta del M precisando di non aver avuto bisogno di utilizzare il farmaco antinausea dal momento che tale sintomo le sembrava comparisse soltanto come conseguenza psicologica del fatto di pensare alla sua possibile comparsa.

M – Chiede notizie sul viaggio e dopo le risposte, anche in questo caso positive della P, le rivolge un incoraggiamento toccandole un braccio (“Ha visto? Tutto qua!”) e specificandole (in seguito a segnalazione della P stessa) che anche la durata della seduta terapeutica si ridurrà.

P – Racconta dell’esito positivo delle analisi fatte leggere al suo medico.

M – Ringrazia la P per l’omaggio di dolcetti che le ha fatto dei quali discute in maniera scherzosa con la P stessa.

P – Chiede informazioni sull’opportunità biomedica di procedere all’esecuzione di cure dentarie e dopo aver ricevuto dettagliate indicazioni in proposito richiama la questione capelli.

M – La tranquillizza di nuovo ricordandole che al massimo ne potrà perdere alcuni e di evitare comunque le tinture.

P – Saluta calorosamente il M prendendole una mano.

M – Precisa che le farà somministrare il farmaco antinausea e descrive la tabella di marcia delle sedute successive.

P – Si accerta delle modalità in cui devono essere presi alcuni farmaci e descrive il suo personale modo di combattere certi disturbi di stomaco.

M – Approva, saluta e porge auguri alla P che ringrazia e ricambia anche attraverso una stretta di mano.

L’incontro di M e P diviene sempre più una conversazione fluida su temi che appaiono già noti ad entrambi gli attori (si sente che hanno una storia in comune, dei sottintesi). Le fasi della visita tendono ormai a ripetersi: un inizio in cui il M si informa su come la P sia stata nelle settimane passate, una fase in cui si lascia spazio alla P perché ponga le proprie domande, ed infine un riepilogo sulle cose che si dovranno fare in termini di cure nel

prossimo periodo. Anche il clima in cui si svolge l'incontro rende conto di un rapporto che si fa sempre più stretto e in qualche modo personale. Sia la P che il M sorridono frequentemente e, complice il *setting* caratterizzato dalla differenza di posizione delle due donne (la P in posizione di minore potere e di maggiore vulnerabilità, a letto), si toccano spesso.

Si ripresenta anche in questa visita la dinamica ormai tipica della richiesta di rassicurazione e della immediata rassicurazione: in questa visita si tratta però di brevi passaggi, come se la rassicurazione fosse ormai soltanto rituale e la P sufficientemente tranquilla ed edotta circa i trattamenti e le loro conseguenze:

- 1) al minuto 00.33 la P fa per la prima volta la sua “faccetta” che dice “aiuto!” e immediatamente il M la contiene “*Ha visto? È tutto qua! (la terapia è quella che ha provato e non c'è nulla di più di cui essere spaventati)*”;
- 2) al minuto 1.52, dopo un piccolo silenzio, la P, facendo di nuovo la sua tipica “faccetta”, dice “*io dovrei fare tante domande...*” ed il M prontamente e vivacemente “*io sono qua!*”;
- 3) infine al minuto 2.52 la P chiede nuovamente rassicurazioni circa il fatto che non perderà i capelli, accompagna la sua richiesta con la sua “faccetta” che sola ormai attiva l'intervento di rassicurazione del M.

Anche in questa visita la P ringrazia esplicitamente il M (minuto 3.28), la prende per la mano e le riconosce una bontà e una disponibilità che sono importanti per lei. Il M si schermisce mentre sorride con gratitudine.

M e P parlano spesso (accade in tutte le visite prese in considerazione) della questione dei capelli, il genere del medico, ci sembra, è un fattore facilitante in questo caso: per la P la rassicurazione che non perderà i capelli è importante ed un M uomo forse si sarebbe trovato meno in sintonia con questa paziente su questo tema. Ancora, è possibile che il tema sia tanto spesso evocato proprio perché in grado di avvicinare le due donne su un terreno che non sia quello più doloroso e difficile della malattia e della paura.

Il caso di Giuseppina

Tutte e tre le visite sono caratterizzate dal calore della relazione tra il M e la P. Giuseppina è molto spaventata, il M lo presume (o lo coglie) e offre alla P prima di tutto la necessaria

apertura, la possibilità di esprimere i propri timori e quindi le rassicurazioni necessarie in cambio del riconoscimento e della riconoscenza della P.

La dinamica relazionale tipica di questa coppia si instaura già nei primissimi minuti del loro incontro e mostra nel corso delle tre visite di risultare efficace:

- Il M offre la propria “apertura/disponibilità” ad accogliere i temi portati dalla P



- La P può aprirsi: tipicamente Giuseppina mostra la propria preoccupazione e pone al M una richiesta di rassicurazione



- Il M, una volta compresa la natura delle preoccupazioni di Giuseppina, la può rassicurare efficacemente



- La P riconosce al M il suo essere gentile e disponibile, le rimanda come *feedback* tutto il suo apprezzamento.

Facendo riferimento alle indicazioni di Roter (Roter, 2000) la relazione che emerge tra l'oncologo e Giuseppina risulta soprattutto riconducibile al modello della “mutualità”; non si tratta cioè di una relazione esclusivamente confinata entro lo spazio della dimensione biomedica (patologia-protocollo terapeutico), ma collocata in un orizzonte più vasto e complesso che comprende anche aspetti importanti legati al “mondo della vita” della paziente, quali le sue incertezze, le sue paure ed il suo bisogno di rassicurazione. Ciò che in particolare sembra caratterizzare questa relazione e connotarla come decisamente improntata a *mutualità* è la capacità del medico di mettere in atto comportamenti che facilitano l’espressione dei bisogni e degli obiettivi della paziente (la invita ad esprimerli, li indaga e approfondisce, ne coglie le implicazioni). L’altra caratteristica peculiare è la tendenza che emerge in questa relazione a rendere partecipe la paziente della visita e della propria terapia fino ad arrivare a modificare il programma di cura proposto inizialmente.

Ma il medico non realizza questa dinamica da solo, la relazione risulta scandita in termini di una “reciprocità costruttiva” che si esprime attraverso azioni di medico e paziente che coordinandosi si riconoscono e si accettano vicendevolmente, istituendo le premesse

necessarie all'attivazione di una dinamica attraverso cui diventa possibile per ognuno dei partecipanti trovare gli spazi necessari e utili al raggiungimento dei propri obiettivi e alla soddisfazione dei propri bisogni.

Il caso n. 2: il signor Brenno – “La fuga nella leggerezza”

Profilo del paziente. Il sig. Brenno ha circa 60 anni ed è stato recentemente operato per un tumore epatico. La fase avanzata della malattia richiede che si intraprenda un percorso di trattamento chemioterapico che ha lo scopo di bloccare un eventuale ulteriore sviluppo della malattia. Brenno è una persona molto affabile ed estroversa, con molti interessi, attiva, che ama conversare e anche scherzare con gli altri. Questa sua estroversione entra anche nella gestione della malattia e dei trattamenti che egli tende ad affrontare se non con spavalderia almeno con una certa disinvoltura, disinvoltura che appare a tratti molto ambivalente e che sembra svolgere una funzione difensiva sia per lui che per la moglie. La moglie è sempre al suo fianco e partecipa molto attivamente ad ogni passaggio previsto dal percorso di cura.

La prima visita

La prima visita risale al 13.9.06 e dura poco più di mezz'ora (32 minuti circa). Sono presenti il paziente (P) e sua moglie, il medico (M) ed una sua collaboratrice (C).

M – Chiede notizie sulle condizioni del P; lo informa di essere a conoscenza del referto relativo all'intervento chirurgico da lui subito; chiede informazioni sul suo stato di “funzionamento” attuale.

P – Risponde in maniera vivace e dettagliata - e aggiungendo valutazioni personali - agli interrogativi posti dal M (rispetto ai quali interviene anche la moglie per dettagliare ulteriormente).

M – Passa alla richiesta di informazioni sulla storia del P, mantenendo il tono cordiale con cui ha aperto l'incontro

C – la collaboratrice richiede e annota informazioni più specifiche (dalle eventuali allergie a farmaci alle notizie sanitarie sui familiari del P).

P – Sottolinea di non aver mai preso farmaci prima dell'insorgenza dei suoi attuali problemi di salute e nello stabilirne l'inizio temporale assume a riferimento il quasi contemporaneo evento della morte del giovane e unico figlio (non direttamente menzionata prima d'ora).

M – Chiede notizie più precise in merito mostrandosi chiaramente partecipe a questo lutto: il cordoglio viene manifestato dapprima attraverso un'esclamazione di costernata sorpresa, seguito poi da un breve silenzio di tutti i presenti, riempito dall'incrocio degli sguardi tra essi.

P – Racconta in dettaglio il modo in cui ha avuto inizio la scoperta del suo problema.

C – Continua a chiedere informazioni al P e ad annotarne le risposte.

M – Interrompe la C per annunciare che sta organizzando il prossimo appuntamento e precisare il tipo di analisi a cui il P dovrà sottoporsi al proposito.

P – (unitamente alla moglie) mostra/no di voler negoziare col M l'organizzazione del prossimo incontro... ma dopo una ricerca con cui il M tenta di venire incontro alle aspettative espresse, il P si mostra assolutamente disposto ad accettare l'unica possibilità proposta/individuata dal M.

C – Continua la raccolta informazioni.

P – Continua a rispondere con attenta serenità e con ricchezza di dettagli sul percorso di accertamenti da lui seguito dopo la comparsa dei primi segnali di anomalie.

M – Passa alla visita, all'esame obiettivo: chiede informazioni su aspetti tecnici legati all'intervento subito (tubo drenaggio).

P – Non sa rispondere: interviene la moglie che si mostra più informata in proposito e anche interessata ad avere ulteriori informazioni dal M.

M – Continua la visita interessandosi alla eventuale presenza di dolori.

Avvicinandosi al lettino, la moglie del P si mostra sempre più interessata a partecipare direttamente; questo atteggiamento sembra manifestarsi in parallelo con un preciso intento del M di mantenere il controllo della situazione e, in particolare, di segnalare la precedenza che egli attribuisce alla sua relazione diretta col P.

La moglie si "ritira" e dopo essere tornata a sedersi di fronte alla C del M, con la quale scambia più volte parole sottovoce.

Terminata la visita segue un chiacchiericcio a cui tutti partecipano (anche con qualche spunto di scherzosità), attivato da stupore del P che ha constatato la diminuzione della sua altezza.

M – Introduce il tema centrale: la chemioterapia come necessaria cura preventiva, descritta dettagliatamente con serena calma. Rassicura il P sulla natura preventiva della cura collegandola alla netta efficacia attribuita all'intervento chirurgico e sottolineando la centralità dell'obiettivo "sicurezza"; precisando inoltre la scarsa incidenza di effetti collaterali, senza trascurare però di informarlo sia sui vari controlli e analisi a cui il P stesso dovrà sottoporsi durante la terapia, sia sulla prevista durata della stessa.

Segue un breve silenzio durante il quale tutti guardano il paziente

P – Lascia emergere il fatto di sentirsi “sorpreso” (“era una cosa seria, insomma”).

M – Rassicura il P in maniera “realistica”: assieme all’immagine della terapia come intervento di “pulizia” (e all’uso della metafora degli “spazzini”) che aumenta la sicurezza contro i “rischi” di recidiva, il M chiama preliminarmente in causa la necessità di non sottovalutare la situazione in cui il P si è venuto a trovare.

P – Resta in ascolto, apparentemente inerte.

M – Apre il discorso sull’organizzazione del successivo appuntamento di inizio terapia.

P – Continua a mostrarsi inerte.

M – Interloquisce con la moglie del P.

P – Riprende vivacità in relazione a un fatto solo indirettamente connesso alla terapia: la sua abitazione, non solo vicina al Centro oncologico, ma anche attigua alle abitazioni di noti medici la cui conoscenza risulta condivisa con il M (questo tema alimenta una conversazione a tre a cui il P continua a partecipare attivamente).

M – Scrive il programma e nel frattempo risponde a telefonata.

P – Riempie il vuoto interagendo con sua moglie che sottovoce cerca di rassicurarlo-incoraggiarlo ricordandogli casi analoghi di persone da loro conosciute. Il P non si mostra particolarmente sollevato da questo richiamo (“...quando capita agli altri... è diverso”).

La sensazione che si ha durante tutta la visita è che il P (e con lui la moglie) abbia bisogno di fuggire frequentemente nella leggerezza, nel fare battute, nel non pensare, come difesa dall’ansia dovuta alla situazione che sta affrontando. A queste “fughe” sembra seguire, come se la pausa consentita dal “gioco” e dalla leggerezza lo rendesse più facile, il richiamo alla dura realtà di ciò che sta accadendo al P, alla realtà della malattia e delle cure. Queste ultime sembrano essere realtà estremamente difficili da accettare e sembra altresì molto difficile parlarne: il M sembra cogliere questa difficoltà, per cui accoglie le battute di spirito, spesso rispondendo e scherzando a propria volta, lascia tempo al P e solo quando questi ha avuto tempo perché la tensione si alleggerisca passa a comunicare i contenuti più pesanti e ansiogeni.

La sequenza “tensione” → “fuga nella leggerezza” → “possibilità di affrontare la pesantezza” → “spazio per far sedimentare le emozioni negative” → “tensione” ecc. avviene in questa prima visita per ben tre volte se si esclude la fuga finale che non avviene attraverso le battute e lo spirito quanto piuttosto attraverso una vera e propria fuga fisica.

- 1) Già le primissime battute in questa visita sembrano avere la finalità di portare **leggerezza**, il messaggio che si desidera parlar d'altro, che la malattia spaventa e che bisogna andar piano ad entrare nel vivo. Con le presentazioni e i convenevoli M e P si scambiano infatti brevi battute “è sua moglie? Sì, fino ad ora sì. Per adesso la teniamo (risate di tutti i presenti)”, o ancora “era diventato giallo...”, “eh, sì, una paperetta...”, “un canarino...”, “un cinesino...”, come se si volesse **sdrammatizzare** il momento, come a mostrare “noi non abbiamo paura, non farci paura tu”. Il M sembra percepire questo genere di richiesta e nella conversazione con il P, in questa visita così come in quelle successive, non userà mai la parola “tumore”: in occasione dell'anamnesi ad esempio la domanda del M è: “*come è insorto e come si è accorto del problema?*”.
 - 2) Dopo la leggerezza, durante il racconto del P, arriva un momento di grande **pesantezza**: esce la storia dolorosa della morte del figlio venticinquenne poco prima della scoperta della malattia. Di seguito il P racconta come si sono accorti della malattia e cosa è stato fatto in seguito (intervento chirurgico).
 - 3) Il M passa poi ad effettuare la visita, l'esame obiettivo. Durante questa fase ci sono lunghi silenzi e lunghe pause legate al fatto che il M sta effettuando le manovre previste e forse al fatto che quanto è stato raccontato è ancora nell'aria, nelle menti dei presenti. Troppo silenzio e tempo per pensare? Perché l'ansia riaffiori?
-
- 1) Di nuovo il P, infatti, quasi fuggisse da una simile ansia verso temi più leggeri, si mette a scherzare con il M e con la moglie (minuto 12.30) a proposito della sua altezza, sul fatto che il chirurgo non avrebbe certamente potuto tagliare via anche dei cm di altezza mentre tagliava la sua pancia... Scherzano tutti insieme e tutti ridono a questa battuta.
 - 2) Subito dopo il M (minuto 14.50) passa ad una fase più “pesante” della visita: inizia a dare informazioni circa la necessità di fare delle terapie preventive e inizia a descrivere il trattamento. Il P ascolta in grande silenzio, appare preoccupato e quasi non si muove. Le domande le pone la moglie. L'unica domanda del P però è molto significativa: “*Era una cosa seria allora?*”. Solo in questo momento il P sembra realizzare la realtà della sua situazione che sino ad ora non aveva forse compreso a fondo. Il M conferma che la situazione non era da sottovalutare e introduce l'idea della terapia preventiva, l'immagine degli “spazzini”, metafora dei farmaci in grado di “spazzare via” tutte le cellule malate.

Cogliendo la difficoltà del P il M utilizza questa metafora come modo per alleggerire e sdrammatizzare la situazione.

- 3) Il M passa poi a scrivere la lettera di dimissione e a prenotare visite ed esami futuri. Anche questa fase è caratterizzata dal silenzio, un silenzio in cui le menti sembrano andare alle parole appena pronunciate dal M, e che lascia affiorare nel P e nella moglie ansia e preoccupazione.

- 1) Ancora una volta una simile fase viene interrotta da una fuga nella **leggerezza** decretata dal P al minuto 22.43 (fino al 25.10): il P e la moglie parlano del palazzo in cui vivono e del fatto che vi abitano molti medici dell'ospedale, fanno così un pò di *gossip* su conoscenze comuni, fanno conversazione su comuni amici medici, creano un terreno comune con il M, accorciano le distanze e sviano l'attenzione, attraverso questa conversazione leggera e piacevole, dal pensiero della malattia e delle terapie che si dovranno effettuare.
- 2) Subito dopo, mentre il M scrive la lettera di dimissione, il P e la moglie hanno un altro scambio sulla terapia in cui il P mostra la propria **preoccupazione** "*visto che devo farla?*" a cui la moglie risponde minimizzando: "*tanto la fanno a tutti*".
- 3) Il M illustra e sintetizza la lettera: si prendono gli accordi per i passaggi successivi (esami e inizio terapia). Il P in questa fase finale della visita appare impaziente: è lui ad alzarsi e a salutare, quasi a fuggire, già durante la sintesi del M, iniziando di fatto l'ultima fase dell'incontro, quella dei saluti, fase che risulta in effetti estremamente breve.

La seconda visita

La seconda visita è del 25.9.06. Sono passate quasi due settimane dal primo incontro tra il medico e il paziente. In questa occasione il medico è solo. Anche questa volta (come d'altronde accadrà sempre in futuro) il paziente è accompagnato dalla moglie. La visita, molto densa e significativa dal punto di vista dei contenuti, dura molto meno della prima: 4 minuti appena.

M – Apre l'incontro mostrandosi abbastanza certa che si inizierà la terapia (anche se il suo messaggio risulta formulato in forma interrogativa).

P – Esprime il suo più generale stato di insicurezza mentre indica la terapia come una cosa che farà (se deve esser fatta).

M – Rassicura il P circa gli effetti collaterali/indesiderati e verificata la mancanza di domande rivolge l'attenzione agli aspetti organizzativo-procedurali.

P – Si mostra preoccupato per l'eventuale caduta dei capelli, ma ricevute rassicurazioni del M a questo proposito lascia emergere (ancora una volta) come il suo più profondo bisogno di rassicurazione sia quello riguardante il "vero" motivo per cui si fa la terapia (perché "c'è o perché avete dei dubbi che ci sia...era una cosa seria").

Rassicurazione della moglie

M – Mostra un'equilibrata ambivalenza richiamando da un lato l'obiettivo di prevenzione ed esplicitando dall'altro la presenza di "un forte dubbio che ci sia qualcosa". Il successivo riferimento ai controlli sistematici indicati come parte integrante del percorso terapeutico sembra svolgere una funzione di "alleggerimento" di quanto comunicato.

P – Si mostra convinto della fondatezza della sua iniziale paura di trovarsi di fronte a "una cosa seria".

M – non sembra voler disconfermare l'idea esplicitata dal P anche se aggiunge un richiamo della metafora dello "spazzino", già utilizzata in prima seduta.

P – Non nasconde la sua preoccupazione pur esprimendo la sua "speranza" che le cose si concludano in maniera positiva. Concorda col M sul fatto che la seduta può considerarsi conclusa.

In questa visita non si realizza il ripetersi della sequenza osservata in prima visita. Sembra essere l'intera visita una parte di quella stessa sequenza: dopo la creazione di un clima amichevole, leggero, a tratti scherzoso, avvenuta in prima visita diviene possibile affrontare la pesantezza della realtà presente. Realtà dalla quale potrebbe essere necessario per questo P, stando al meccanismo relazionale che abbiamo rilevato, fuggire emotivamente subito dopo averla fronteggiata.

- 1) Il tono del medico, che apre la conversazione (*"Allora, partiamo con la terapia?"*), è allegro, vuole alleggerire la pesantezza presunta: oggi il paziente dovrà fare la sua prima chemioterapia. Già all'inizio, nei primi istanti della conversazione, emerge l'esistenza di una storia relazionale tra il medico e il paziente: è come se il M non aspettasse che il timore e la tensione vengano espressi, li presume, li conosce, ed offre energia ed entusiasmo per affrontarli. Il P sta al gioco (*"Se dobbiamo partire, partiamo"*).
- 2) Il M riepiloga ciò che verrà fatto oggi, dà informazioni, ad esempio spiega che *"gli esami stamani sono andati bene e quindi "possiamo" fare la terapia"*, è un modo per iniziare a collegare, senza che sia spiegato esplicitamente, i valori del sangue e la possibilità della

chemioterapia (si vedrà che in breve quello degli esiti degli esami diverrà un tema significativo e importante per il paziente e sua moglie). Il M si rivolge direttamente al P e spiega che la terapia non darà grossi fastidi, non farà cadere i capelli... (forse non era mai stato detto che la terapia proposta consiste in chemioterapia).

A questo punto il P può fare al M la domanda che sino ad ora non era stata fatta: *“I capelli non cadono? Allora non è forte?”* E ancora: *“Ma la terapia si fa perché c’è (il tumore, mai nominato) o perché avete un dubbio che ci sia?”*.

La moglie a questo punto tiene lo sguardo basso, c’è un momento di eloquente silenzio, anche il M fa una piccola pausa in cui sembra stia decidendo come rispondere, non sembra che fosse nelle sue intenzioni fare questa conversazione. Il M risponde che la terapia si fa per prevenzione e che il dubbio che ci sia (sempre senza usare il termine tumore) è molto forte. E il P: *“Era una cosa seria questa”, “Sì”, “Avevo immaginato, da come l’avete impostata, che c’era una cosa seria”*. Il P comprende bene quello che il medico sta dicendo e chiede conferma dei suoi timori, il M in modo semplice, chiaro e diretto conferma. La moglie è forse la più preoccupata: *“facciamo quello che c’è da fare, quando uno l’ha fatta (la chemioterapia, non nominata) poi è tranquillo”*.

“Porca miseria! C’era proprio un cosa così... Non era solo...”. L’insight del paziente è forte anche se non riesce proprio a pronunciare la parola tumore, la malattia sembra stia prendendo via via concretezza ma nominarla sarebbe ancora troppo. Il medico conferma che qualche cellula brutta c’era, e che per questo bisogna pulire, spazzare bene, queste terapie sono degli spazzini, non nega la gravità, solo questa può giustificare le terapie che si vanno a fare... usa però una metafora già usata in prima visita, quella degli spazzini e della prevenzione idea che risulta rassicurante per il paziente. *“Bene, adesso sono più tranquillo. Perché l’avevo capita, ma non fino a questo punto. Sapere la situazione uno la affronta più ... (quasi gli scappa un volentieri)”*. In modo quasi paradossale il paziente si dichiara più tranquillo proprio quando gli è stata comunicata la gravità della situazione. E’ possibile anche che lo faccia per tranquillizzare la moglie ed il medico che si sono mostrate (almeno la moglie) preoccupate?

- 3) Infine è il paziente quasi all’improvviso a decidere quando è il momento di finire la conversazione e di salutarsi (*“Va bon”* e si alza) e lo fa subito dopo la notizia ansiogena ricevuta, quasi un meccanismo di difesa dall’ansia che la conversazione sta producendo.

In questa seconda visita il paziente ha potuto fare domande che in prima visita non erano affatto emerse (c'erano e non erano espresse?), "C'è o temete che ci sia il tumore?", "E' grave?". In questa visita il medico si è rivolto direttamente al paziente molto di più di quanto non abbia fatto in prima visita. E' possibile che sia per una maggiore conoscenza che oggi c'è rispetto alla volta scorsa, per cui è meno aggressivo rivolgersi direttamente a lui, come se la prima visita fosse servita per conoscersi e capire se poteva fidarsi del medico, questi, magari per non essere aggressivo, ha soprattutto utilizzato l'intermediazione della moglie: questo ha consentito di lasciare il tempo al paziente di conoscerla e di capire se fidarsi e al medico di capire come il paziente e la coppia funzionano e così prendere le misure per la volta successiva...

La visita di *follow-up*

La visita successiva risale al 2.10.06 e dura circa 20 minuti. Alla visita sono presenti il paziente e sua moglie. Il medico visita da solo. Buona parte di questo incontro è dedicato ad argomenti che non hanno nulla a che fare con la malattia o con la cura. Coerentemente con la relazione che è stata impostata dall'inizio e con il temperamento del paziente più della metà della visita è costituita da una rilassata e piacevole conversazione sulla professione del paziente (dal minuto 7,40 al minuto 15,35 – quasi 8 minuti) e sulla cucina modenese e pugliese (dal minuto 17,20 al minuto 20,20 – 3 minuti). Questa conversazione dai toni allegri e scherzosi sembra controbilanciare ed esorcizzare l'ansia espressa all'inizio dal paziente circa l'idea di avere "un brutto male".

M – Accoglie il P con espressioni di conferma quasi meravigliata del suo miglioramento generale che il P stesso cerca di illustrare nei particolari. Si esprime con positività anche quando si sposta sull'esito delle analisi.

P – Mostra di sentirsi molto sollevato e lo esplicita anche attraverso l'ironia ("non devo morire, allora!) e chiamando in causa il forte senso di sconforto e paura da lui vissuti nei giorni precedenti.

M – Metacomunica facendo riferimento alle cose da lei dette al P e alle modalità in cui l'aveva fatto indicandole come possibile causa dello sconforto-paura indicati dal P e, nel contempo, sottolinea l'impossibilità di nascondere la "verità".

P – Riconosce l'inevitabilità del messaggio da parte del M e sembra voler rassicurare il M spostando l'accento su di sé e sul suo stato di inquietudine che attribuisce alla ricorrente idea – e alle riflessioni ad essa legate – relativa al fatto di "avere qualcosa... un brutto male"; idea che mostra di considerare in qualche misura superata dalla constatazione delle sue capacità di muoversi e fare cose agevolmente,

diversamente da quanto avveniva nel recente passato. Un'ipotesi di miglioramento, questa, rispetto alla quale manifesta tuttavia un bisogno di conferma e sostegno da parte del M.

M – Rassicura richiamando lo scopo preventivo della terapia e la sua funzione di aumentare la sicurezza e ponendo l'accento sulla natura "impegnativa" della terapia stessa.

P – Cerca di mostrarsi in sintonia col M sottolineando l'impossibilità/inopportunità di evitare la terapia.

La moglie interviene a sostegno richiamando l'esempio di una loro conoscente trovatasi in situazione analoga a quella del P e che ora sta bene.

M – Accerta la presenza di eventuali problemi (appetito), aprendo così il campo a considerazioni sull'opportunità di uso dei farmaci destinati ad evitare alcuni inconvenienti presentati dal M come generalmente legati alla terapia (nausea).

P – Dopo essersi soffermato a sottolineare la sua generale tendenza ad evitare/ridurre all'indispensabile l'uso dei farmaci, sembra preoccuparsi di mantenere buona la sua relazione col M, promette solennemente la sua adesione alle prescrizioni.

M – Dopo aver mostrato segni di apprezzamento, passa all'illustrazione degli aspetti organizzativi della terapia che chiarisce anche in relazione alle richieste del P al quale propone un ventaglio di soluzioni pratiche possibili tra cui scegliere la più adeguata alle sue esigenze.

P – Sposta l'attenzione sui suoi attuali interessi di lavoro a cui il M dà spazio mostrando un preciso interesse e partecipazione.

M – Conclude la seduta dando istruzioni per la visita successiva.

P – Riprende il tema dell'inizio seduta chiedendo conferma dei suoi miglioramenti.

Si apre una discussione a tre sulla tematica del buon cibo....

La visita inizia con il tono di leggerezza che abbiamo già descritto come tipico di questo paziente, e inizia (M e P stanno parlando di questo mentre entrano in ambulatorio) proprio con il commento al comportamento di "fuga" che il P e la moglie mettono in atto ogni volta che vengono qui al Centro ovvero l'andare ad attendere la visita e le terapie in una sala d'attesa diversa, più lontana, dove non ci siano i pazienti dell'oncologia e dove "*si respira meglio*".

Subito dopo viene commentato il bell'aspetto di Brenno, il suo miglioramento generale e la positività dell'esito delle analisi. Un po' a conferma dello schema relazionale che abbiamo descritto è come se dopo la grande tensione della volta precedente ci fosse necessità di "alleggerire" e a questo sembrano collaborare tutti, il paziente, sua moglie e il medico.

"*Non devo morire, allora!*" Brenno conferma sia la grande paura che aveva avuto che il grande sollievo che prova ora utilizzando di nuovo il suo modo di oscillare tra il negativo da

fronteggiare “Avevo avuto una paura!... Sono stato male. Mi ero convinto di avere qualcosa... un brutto male” e la fuga nella leggerezza “Adesso invece sto bene, sono andato in campagna e ho fatto un bel giro col cane e mi sono reso conto che non credo di avere un brutto male”.

Il M conferma rassicurando ulteriormente il P e torna ad utilizzare l’immagine della terapia impiegata in modo preventivo, come *spazzini*. A questo punto appaiono tutti molto più sereni ed il clima disteso. La conversazione può dunque dilungarsi su alcuni particolari organizzativi che hanno lo scopo di favorire il P e rendere più comodo il suo trattamento ma soprattutto su temi altri, lontani dal Centro Oncologico e dalla malattia: buona parte della visita sarà ora dedicata (deve esserlo visto che a inizio visita si è detto che Brenno aveva avuto paura di avere un brutto male?) ad argomenti leggeri e piacevoli quali gli interessi di lavoro di Brenno prima ed il buon cibo e la buona cucina poi (a entrambi questi argomenti il M dà spazio mostrando un preciso interesse e partecipazione).

Il caso di Brenno

La relazione che si è venuta a creare in questo caso (anche qui la caratteristica dominante è comparsa nei primissimi minuti dell’incontro tra medico e paziente) è caratterizzata da leggerezza, piacevolezza e amabilità di tutti gli attori della visita. Sembra spesso che tutti tengano molto ad essere accettati e ben voluti dal proprio interlocutore. Questo, abbiamo ipotizzato, aiuta ad ottenere una certa “magnanimità”, “dolcezza” nella modalità di ottenere le informazioni che spaventano: spostando la conversazione su argomenti ameni si procrastina il momento temuto della notizia angosciosa a quando si sarà più pronti ad affrontarla.

La sequenza che abbiamo osservato ripetersi nelle diverse visite vede l’iniziale tensione (dovuta alla situazione di malattia e di necessità di chemioterapia) evitata dal paziente (e a ciò contribuisce in maniera rilevante la moglie) attraverso quella che abbiamo denominato “fuga nella leggerezza” (una volta si tratta del fare battute da parte del paziente, un’altra volta si tratta del cambiare argomento e parlare di tutt’altro purché non sia la malattia...). Tale fuga consente di “prendere tempo” e di organizzare le proprie risorse fino a che diviene possibile per il paziente affrontare la pesantezza e la tensione (ad esempio la conversazione sul “qualcosa di brutto” che è stato trovato e sul “perché si fa la terapia”). Nuova tensione, dunque, e nuovo bisogno di tempo per far sedimentare le emozioni negative e per prepararsi ad affrontarle.

Facendo riferimento alle indicazioni di Roter (Roter, 2000) la relazione che emerge risulta anche in questo caso riconducibile al modello della “mutualità”; la relazione non è certamente confinata entro lo spazio della dimensione biomedica ma è evidentemente collocata in un orizzonte più vasto e complesso che comprende anche aspetti importanti legati al “mondo di vita” del paziente, in particolare alle sue paure, alle sue peculiari modalità reattive e ai suoi personali interessi.

Anche in questo caso vi è la tendenza del medico a coinvolgere il paziente attraverso le informazioni (offerte in forma e quantità adeguata, sembra, alle necessità del paziente) e a renderlo partecipe sia di ciò che avviene nelle singole visite che della terapia nel suo complesso ad esempio condividendone gli obiettivi. Per realizzare questi obiettivi relazionali il medico indaga non solo la dimensione biomedica della vicenda del paziente ma cerca di facilitare anche l’espressione dei bisogni e degli obiettivi del paziente (lo invita ad esprimerli, li indaga e approfondisce, ne coglie le implicazioni).

La relazione risulta scandita in termini di una “reciprocità costruttiva”. Obiettivi e caratteristiche della relazione non sono imposti dal medico, le azioni del medico e del paziente si coordinano, i due si riconoscono e si accettano vicendevolmente, istituendo così le premesse necessarie all’attivazione di una dinamica attraverso cui diventa possibile per ognuno dei partecipanti trovare gli spazi necessari e utili al raggiungimento dei propri obiettivi e alla soddisfazione dei propri bisogni.

Il caso n. 3: la signora Melinda – “Le figlie inquisitrici”

Profilo della paziente. La signora Melinda è una signora anziana (76 anni), operata all’intestino per un tumore che è stato completamente asportato. La signora dovrà ora essere sottoposta a diversi cicli di chemioterapia preventiva che avranno lo scopo di diminuire la probabilità delle sempre possibili recidive. La P tende ad affidarsi ai suoi curanti e in generale agli altri, è infatti sempre accompagnata dalle figlie che tendono a mediare il rapporto della P con i medici e con gli operatori sanitari. La signora è una persona tranquilla, introversa, parla poco. Non appare particolarmente preoccupata o ansiosa, sembra avere accettato l’idea di dover fronteggiare, con il progredire dell’età, disturbi e patologie fisiche e di dover dipendere sempre più dagli altri che si occupano di lei.

La prima visita

La prima visita risale al 31.10.06 e dura in tutto 47 minuti. Si tratta di una visita collegiale alla quale sono presenti sia il chirurgo che ha già operato la signora che l'oncologo che da ora avrà in carico Melinda per il trattamento chemioterapico (è presente anche un'assistente dell'oncologo). La P è accompagnata dalle due figlie che da subito si mostrano apprensive e confuse, desiderose di compiere al meglio il compito di “gestire” la madre e le informazioni che la riguardano.

M – E' l'oncologo ad aprire la visita con le presentazioni ed un riepilogo di alcune informazioni generali (generalità della P e numeri telefonici per la sua reperibilità); M chiede alla P di descrivere i sintomi che hanno condotto alla diagnosi e quindi all'intervento nonché il suo stato attuale di “funzionamento”. Non viene raccolta l'anamnesi in modo sistematico, il chirurgo, presente alla visita, la conosce già e dimostra in più di un'occasione durante l'incontro di ricordarne anche diversi particolari.

P – In questa fase è sempre la P a rispondere direttamente, le figlie (F), sedute una a destra e una a sinistra di Melinda, ascoltano senza intervenire.

M – Visita la P: prima procede il chirurgo a visitare la signora e dopo lo fa anche l'oncologo; “andiamo molto bene” rassicura il M alludendo alla ferita chirurgica che si sta rimarginando. L'oncologo osserva che le gambe della P sono ingrossate e ne chiede conto.

Al 3° minuto e al 4° arrivano due telefonate a due telefoni diversi: per circa due minuti i tre medici conducono contemporaneamente tre conversazioni diverse (una delle tre è con la paziente) (sono tutti in piedi).

F – Una delle figlie interviene apparentemente in dissonanza con il momento della visita chiedendo “Ma oggi mia madre non doveva fare un prelievo di sangue?”. Segue a questa domanda un breve silenzio che denota soprattutto il fatto che la domanda fosse inattesa e non pertinente in questo momento.

Successivamente, per diversi minuti (dal minuto 5,30 circa al minuto 9 circa) mentre l'oncologo visita la pz, le figlie continuano a parlare con il chirurgo: chiedono informazioni sui farmaci (Cardioaspirina va continuata o no? Il prelievo va fatto? Quando? Dove? Può mangiare prima del prelievo? Il lassativo deve continuare a prenderlo?) e sui comportamenti da tenere (ad es. alimentazione, attività fisica).

M – Finita la visita (minuto 11) il M apre un'altra fase dell'incontro in cui dà informazioni riguardo alla situazione della patologia e ai trattamenti futuri: la P ha fatto l'intervento, il chirurgo ha “tirato via” la parte malata e adesso si deve parlare di prevenzione, “C'è da fare della chemioterapia preventiva perché esiste ancora il rischio che la malattia si ripresenti”. Il M descrive il trattamento, i tempi, gli effetti collaterali, gli aspetti organizzativi, i controlli, ecc.

P – La P si dice d'accordo ad effettuare il trattamento: sembra fosse preparata a questa eventualità.

F – “Lei ha sempre sofferto di piastrine basse”. L'intervento della figlia fa emergere un vecchio problema di piastrinopenia di cui si discute per un pò senza che tuttavia venga modificato il piano di cura.

M – Prosegue con l'illustrazione delle modalità delle cure e introduce il tema delle vene che devono essere protette applicando un catetere venoso centrale. Il chirurgo descrive l'intervento e i tempi per eseguirlo.

P – Ascolta tranquillamente, le figlie ascoltano in silenzio.

M – Chiede alla P “Ha delle domande da farmi?”

P – Risponde che “No”, non ha domande, appare effettivamente tranquilla.

M – “Se siete pronte prenoto gli appuntamenti per iniziare la terapia” (il M prenota gli esami al computer e scrive la lettera) (dal minuto 19.45 al minuto 26,45). Durante questo periodo il chirurgo continua a descrivere caratteristiche del catetere e del suo utilizzo.

M – Comunica la disponibilità di una iniziativa di preparazione psicologica alla chemioterapia e la possibilità di parteciparvi per ricevere supporto psicologico.

Se la P appare tranquilla per tutto il tempo le figlie invece sembrano avere tante domande e tanta confusione (anche se nelle prima fase della visita questo non è emerso) tanto che le risposte dei medici sembrano non esaurire mai le loro richieste, ad ogni risposta del M segue sempre un'altra domanda e così via. Il medico usa con loro uno stile molto informativo e direttivo.

F – Si informa su come si deve fare per l'assistenza alla mamma. C'è possibilità di avere un aiuto aggiuntivo? Anche questa domanda arriva un pò come un fulmine a ciel sereno, non c'entra con lo scopo della visita. Il M risponde anche se sembra chiedersi (senza chiederlo esplicitamente alla figlia) il perché della domanda.

F – “Si può fare in pastiglie questa terapia?”. Ancora una volta il M risponde fornendo informazioni ma continuano a non emergere i dubbi che sembrano preoccupare le figlie di Melinda.

M – Propone alla P di andare a fare il prelievo mentre lei continua a scrivere la lettera.

P – Al min. 32.20 la P esce con una delle figlie per fare prelievo (non rientrerà più).

M – Il chirurgo parla con la figlia rimasta, le spiega i motivi delle scelte mediche effettuate e i risultati ottenuti. Anche l'oncologo illustra bene alla figlia l'intera situazione (la storia raccontata a lei è diversa da quella narrata alla madre): il rischio che la malattia ritorni è molto elevato, anche se attualmente non vi sono metastasi alcune cellule erano già partite ed erano riscontrabili nei linfonodi, con la terapia si cercherà di distruggerle ma il rischio di recidiva resta alto.

F – Ascolta in silenzio senza manifestare le sue emozioni, sembra attonita. “E se la malattia riprende? In termini di tempo?”.

M – Risponde a tono. Non può pronunciarsi chiaramente, dipende da troppi fattori.

F – Ascolta, evidentemente continua a essere invasa da dubbi e domande e cambia repentinamente direzione: “E la cura Di Bella?”

M – Risponde a tono anche su questo, seguendo la paziente, la cura Di Bella non ha efficacia. Poi riepiloga il proprio intervento precisando che a lei (alla figlia) si è parlato chiaramente, più schiettamente di quanto sia stato fatto con la mamma: la mamma sarà curata, tenuta sotto controllo, esiste tutta una serie di farmaci a questo scopo, anche qualora ci fosse una recidiva, ferma restando la tolleranza fisica della mamma ai farmaci che, in effetti, sono piuttosto “pesanti”.

M – Stampa la lettera con anche gli appuntamenti futuri.

F – Nel frattempo la F continua a porre domande al chirurgo “Ed è sempre così? Quando si hanno i sintomi è sempre troppo tardi?”, “una persona che conosco non ha fatto la terapia come l’avete descritta, con la pompetta...”

M – Il chirurgo risponde e spiega diffusamente come la malattia e la sua gravità dipendano da tanti fattori e come le terapie a loro volta siano diverse e dipendano da fattori diversi...

M – Consegna la lettera.

F – La figlia prende la lettera e la legge, quando si alza rimane in piedi a lungo, sulla porta, come se non riuscisse a decidersi ad uscire, come se aspettasse ancora qualcosa (una rassicurazione?), appare un po' confusa. Alla fine saluta ed esce.

Quello che sembra caratterizzare questa visita, questa relazione, è la ripetizione un po' a raffica di molte domande da parte delle due figlie della paziente. Sono domande un po' particolari, sempre molto centrate sul *disease*, sempre dirette, che talvolta appaiono “scollegate” da quello che si sta dicendo o dal clima emotivo che si è creato. Lo stile del M in questa visita risulta particolarmente informativo e tutta la conversazione appare “*disease centred*” (la presenza di una seconda collega, chirurgo, è possibile che influenzi lo stile del medico nella direzione di uno stile più direttivo?): la paziente, le figlie e i medici parlano esclusivamente di farmaci, sintomi e trattamenti. Anche la comunicazione sulle emozioni passa attraverso questi temi (attraverso, cioè, il *disease*): le domande insistenti e incalzanti delle figlie sembrano trasmettere infatti la loro preoccupazione, che tuttavia non è nominata mai esplicitamente. Le due dottoresse presenti alla visita hanno l'impressione che le figlie non abbiano compreso appieno (lo affermano al termine della visita) o che comunque risultino eccessivamente pressanti con le loro domande che hanno l'effetto di escludere dalla

comunicazione altri aspetti: non ci si occupa infatti dell'eventuale paura della P o delle sue aspettative o delle sue speranze.

La P appare tranquilla per tutto il tempo della visita (forse anche perché ha delegato alle figlie il compito di raccogliere dai medici tutti gli elementi necessari o utili per la gestione della sua situazione), le figlie invece sembrano avere tante domande e tanta confusione e le risposte dei medici, sempre puntuali, sembrano non esaurire mai le loro richieste: ad ogni risposta del M segue sempre un'altra domanda e così via. *“Ma oggi mia madre non doveva fare un prelievo di sangue?”; “La cardioaspirina va continuata o no?”; “Il prelievo va fatto? Quando? Dove? Può mangiare prima del prelievo?”; “Il lassativo deve continuare a prenderlo?”; “Lei ha sempre sofferto di piastrine basse”; “Come si può fare per l'assistenza alla mamma? C'è possibilità di avere un aiuto aggiuntivo?”; “Si può fare in pastiglie questa terapia?”; “E se la malattia riprende? In termini di tempo?”; “E la cura Di Bella?”; “Ed è sempre così? Quando si hanno i sintomi è sempre troppo tardi?”; “Una persona che conosco non ha fatto la terapia come l'avete descritta, con la pompetta...”*.

L'aspetto peculiare nella visita non è tuttavia il numero o il genere di domande che vengono poste al medico quanto la modalità con cui esse sono poste: non vi è mai un *feedback* da parte delle figlie del tipo *“grazie”, “ho capito”, “adesso è più chiaro”, “posso chiederle un'altra cosa?”*. Vi è sempre immediatamente un'altra domanda, che di solito spiazza il medico e che dà la sensazione che la risposta appena fornita sia stata insufficiente. Il medico dal canto suo usa con questa famiglia uno stile molto informativo e diretto, risponde sempre a tono alle domande delle figlie anziché chiedere *“ma come mai chiede questo?”*. E' come se, in particolare, mancasse la capacità o la possibilità, da entrambe le parti, di metacomunicare, commentando direttamente la propria difficoltà a parlare esplicitamente con il medico (o, dall'altra parte, con queste figlie) di un argomento tanto angosciante o comunque complesso. Anche gli aspetti non verbali della comunicazione vanno in questa direzione: le espressioni del viso non tradiscono mai particolari emozioni o pensieri e non sono in grado di guidare la comprensione dell'interlocutore. La conversazione formale, gli scambi di carattere più *“sociale”, i convenevoli, le battute, non appartengono allo stile di questa famiglia né di questa visita: sono sempre tutti molto seri.*

Una delle figlie rimane alla fine della visita, dopo che la madre è uscita, per porre altre domande: rimane forse proprio per riuscire a fare quel pezzo di metacomunicazione che è mancato durante tutta la loro conversazione precedente. Sembra che tuttavia non riescano, nonostante questa ulteriore possibilità, ad approfondire il livello della comunicazione o

arrivare a comprendere il livello emotivo della comunicazione fino alla fine della visita quando la figlia si alza per uscire rimanendo in piedi a lungo, sulla porta, confusa, come se non riuscisse a decidersi ad uscire, come se aspettasse ancora qualcosa (forse una rassicurazione).

La seconda visita

La seconda visita è del 13.11.06 e dura 11 minuti. La P è accompagnata da una sola delle figlie. Il M è solo.

M – E’ il M a iniziare la conversazione “Oggi partiamo con la terapia” e occupa la prima parte della visita con un riepilogo delle condizioni fisiche della P e delle caratteristiche della terapia: spiega che le piastrine si stanno normalizzando, che l’aspirinetta può essere sospesa perché comunque con la cura le piastrine diminuiranno da sole, che la cura è costituita da tre farmaci e può dare effetti collaterali, che si partirà con una dose ridotta di terapia per contenere al massimo questi effetti collaterali (che consistono in nausea, vomito e diarrea), e quali farmaci assumere all’occorrenza e in quale dosaggio.

P – La P intanto ascolta attentamente e tranquillamente.

F – “Come fa a prendere le gocce della mattina se deve stare a digiuno prima dei trattamenti?”

M – Continua a dare indicazioni su come prepararsi al prelievo del mattino e riepiloga l’organizzazione generale del trattamento. Ribadisce l’efficacia della cura, la migliore che si poteva proporre in un caso come il suo. Fa firmare il foglio di consenso al trattamento.

F – “Ma lunedì dovrà venire alle 10 per il prelievo o dovremo venire prima?”

M – Ribadisce l’organizzazione del centro. Aggiunge una spiegazione riguardante l’intervento di asportazione della milza: è stato vantaggioso perché fa aumentare le piastrine, se non fosse stato fatto non si sarebbe potuta effettuare la chemioterapia. La F sembra polemizzare “il fatto è che è stata tolta una milza sana”.

M – “Se avete dei problemi io sono qua, d’accordo?” Riepiloga i farmaci assunti dalla P e torna a chiedere di eventuali allergie a farmaci. All’ultimo momento ricorda di dovere avvertire di un ulteriore effetto collaterale del farmaco e delle accortezze da adottare.

Si salutano.

F – Uscendo la F chiede di poter fare un’altra domanda, di potersi fermare a parlare da sola con il M e questi le consiglia di aspettarla fuori dalla porta, nel corso della mattinata la vedrà.

Lo stile della prima visita prosegue anche in questa seconda. Senza nessuna transizione su temi personali o “psicosociali” il M parte a parlare della terapia e degli esiti degli esami. Lo

stile del M rimane dunque anche in questa seconda visita informativo e direttivo. La figlia continua anche in questo frangente a porre le sue domande un pò “inquisitrici” (fa anche notare a un certo punto che la milza che è stata asportata alla madre era ancora sana) alle quali il medico risponde puntualmente a tono. Anche questa volta la figlia chiede al M, alla fine della visita, di poter porre un'altra domanda ancora, di continuare la conversazione da sola, chiede praticamente un appuntamento per parlare di nuovo senza la madre presente (questa conversazione non è registrata ma è presumibile che si sia in effetti verificata). La disponibilità che il M aveva dato la volta precedente è diventata non un'abitudine ma una modalità forse utile e gradita alla paziente, forse una prassi rassicurante in sé.

La visita di *follow-up*

La visita risale all'11.12 2006 e dura in tutto 20 minuti. Il M visita da solo, la P è accompagnata dalla solita figlia.

M – Accoglie la P con tono caloroso e si informa subito di come sta la P (oggi è al suo terzo ciclo di terapia).

P – “Bene adesso” (sorride).

M – Aggiorna la P sull'esito degli esami, i valori del sangue vanno tutti benissimo, solo il potassio è sempre basso, prescriverà un farmaco per innalzarlo. Chiede informazioni circa gli effetti collaterali di cui Melinda ha eventualmente sofferto a casa.

F – La F inizia con le solite domande: “I globuli bianchi vanno bene?”.

M – “I globuli bianchi vanno benissimo. Gli esami vanno bene”.

F – Racconta che dopo la terapia, solitamente il terzo giorno, la madre soffre per dei cali di pressione, è sempre così, il terzo giorno dopo la chemioterapia le vengono le vertigini, le gira la testa, F dice di temere per la madre, che cada, le gambe “non la tengono su”, è fiacca, ha problemi a camminare.

M – Spiega che il terzo giorno è quello in cui si sentono di più gli effetti della terapia e prescrive un farmaco che aiuterà a dare tono alla P, a diminuire la stanchezza.

Parlano per un pò della questione medico/organizzativa riguardante la stanchezza del terzo giorno: o rinforzare la P o evitare di venire al COM per togliere la pompa e pulire il port e farlo piuttosto pulire da qualcuno a casa. Il M ascolta la questione posta dalla P e dalla F, sembra comprendere quanto è importante per loro evitare questo sgradevole effetto.

F – Ricomincia con le domande: “Tra un ciclo e l’altro il farmaco si accumula e si sta sempre peggio o la cura si smaltisce?”.

M – Sempre a tono spiega, chiarisce il meccanismo: il farmaco viene smaltito, viceversa si accumula lentamente la stanchezza dell’organismo, il fisico si stanca, si affatica e impiega più tempo a reagire. Rassicura osservando che la P i primi cicli li sta sopportando bene “Speriamo che continui così”.

F – Altra domanda: “Non andrebbe meglio fare la terapia con una cadenza diversa? Non sarebbe meno peso?”. “Perché mio cognato aveva una cadenza diversa...”.

M – Torna a rispondere a tono alla figlia “ Gli schemi sono fatti così perché rispettano il ciclo cellulare, questo tipo è adatto a lei, è un protocollo adottato in tutti i centri”.

F – Un'altra cosa: “Il prossimo ciclo sarà il 25 e 26 dicembre...”

M – Spiega l’organizzazione diversa del prossimo ciclo molto vicino alle vacanze di Natale.

F – Ancora una domanda: “Se il giorno di Natale andiamo in montagna possiamo andare? Lei può venire?”. Si ma che lei non prenda freddo. Ci siamo tutti vaccinati. Se c’è una bella giornata può andare a fare una bella passeggiata.

F – La Figlia riepiloga, controlla tutto nella lettera, M e P si guardano e pazientemente aspettano che la F finisca il suo punto della situazione. E’ molto carino, tutte e due la guardano sorridendo benevole... portano pazienza: lei è preoccupata...

F – “Per il resto a posto...”, “poi vedremo...”. La F esista, aspetta, nonostante le parole “andiamo” non si alza, si capisce bene che vorrebbe chiedere altre cose... tentenna, prende tempo, la P è sulla porta e guarda la figlia “Andiamo?” la figlia sembra voler stare ancora con il medico.

Infatti F lascia uscire la madre, nel senso che non la segue immediatamente e chiede al M una cosa importante: “Prima che finisca la terapia si faranno dei controlli?”

M – Sì, i marker a metà della terapia. E poi l’ecografia alla fine di tutto.

F – “La terapia rimane questa fino alla fine?”. Finalmente emerge la preoccupazione della figlia: “Speriamo la regga”.

M – Tranquillizza F: “Per adesso sembra che la stia reggendo bene, tranne quella cosa del terzo giorno” e spiega ulteriormente la questione della stanchezza con un elemento nuovo: l’effetto della chemioterapia si aggiunge al fatto che il terzo giorno finisce l’effetto del cortisone somministrato durante l’infusione.

Si salutano.

Anche questa visita è caratterizzata dall'essere centrata completamente sul *disease* (ad es. non sappiamo nulla della paziente come persona, o della sua vita, a parte il fatto che è vedova e che ha due figlie). Anche questa volta il M parte a parlare degli effetti collaterali della terapia e degli esiti degli esami. Anche questa volta la figlia fa il suo "compito" di accompagnatrice che aiuta ponendo le domande al dottore (alle quali il medico risponde sempre a tono) e comprendendo bene tutte le indicazioni che vengono fornite. Anche questa volta la figlia pone una domanda al M alla fine della visita, appena la madre è uscita dalla porta e si prende la sua parte di conversazione da sola con il medico. Anche nella visita di oggi quest'ultimo frammento di conversazione consente l'emergere di questioni rilevanti dalle quali la paziente è tagliata un fuori, ovvero protetta, dalla figlia: se e quali controlli si faranno in corso di terapia e se il medico ritiene che Melinda riuscirà a reggere o meno tutto il trattamento. Sembra che alle questioni più importanti o delicate venga riservato questo spazio e che risulti rassicurante per la figlia sapere di poter usufruire di uno spazio per sé o meglio di non dover necessariamente discutere delle questioni più difficili di fronte alla madre alla quale è richiesto invece di affidarsi completamente al medico e alle figlie.

Il caso di Melinda

Lo stile del medico in questo caso si è abbastanza differenziato da quello dei due casi precedenti. La relazione appare improntata a passivo affidamento della paziente nelle mani del proprio medico e delle proprie figlie. Il medico sembra accettare questa definizione e non agisce, come invece ha fatto in occasione dei casi precedenti, in modo da coinvolgere attivamente la paziente, non ne indaga obiettivi e vissuti, non la rende partecipe del processo di cura. Riteniamo che proprio attraverso questa scelta ella risulti "*responsive*": il bisogno della paziente è probabilmente quella di sentirsi accudita, al sicuro nelle mani di chi sa cosa si deve fare, e il medico, cogliendo in qualche modo questa richiesta implicita vi risponde attraverso il proprio comportamento (non indagare l'ansioso vissuto di malattia, assumere un ruolo più direttivo, essere molto informativa e "scientifica" ...).

Facendo sempre riferimento alle indicazioni di Roter (Roter, 2000) la relazione che emerge risulta questa volta riconducibile più al modello "paternalistico"; la relazione è caratterizzata principalmente dalla dimensione biomedica, terreno dell'esperto della malattia che stabilisce autonomamente obiettivi e modalità della cura e della relazione (non ha necessità di negoziarli

con il paziente). Nell'adottare questo atteggiamento il medico sembra tuttavia cogliere un'esigenza della paziente e la relazione risulta così scandita in termini di "reciprocità costruttiva". Obiettivi e caratteristiche della relazione non sono imposti dal medico, questi ha colto un'esigenza della paziente, le azioni del medico e del paziente si sono cioè coordinate, medico e paziente si riconoscono e si accettano vicendevolmente, istituendo le premesse necessarie all'attivazione della dinamica attraverso cui è divenuto possibile per ognuna delle partecipanti trovare gli spazi necessari e utili al raggiungimento dei propri obiettivi e alla soddisfazione dei propri bisogni.

I casi dell'Oncologia

I tre casi dell'oncologia sono tra loro estremamente diversi sia per le caratteristiche dei pazienti (genere, età, condizione familiare o esistenziale, approccio alla malattia e stile di fronteggiamento) che per il tipo di relazione che si instaura, generalmente dai primi istanti del primo incontro, tra medico e paziente. E' come se molto precocemente durante l'incontro del medico e del paziente fosse individuabile l'emozione o il bisogno fondamentale del paziente nonché il suo stile relazionale. Il medico dal canto suo sembra cogliere innanzitutto questo genere di stimoli e sembra quindi rispondervi adeguando il proprio stile e calibrando i propri interventi sulla base di essi (ad es. è stata da subito rassicurante con Giuseppina, ha utilizzato molto lo scherzo e la battuta con Brenno, non ha fatto nessuna di queste due cose con Melinda con cui è stata invece "scientifica" e informativa). Con ciascuno dei tre pazienti lo stile relazionale è stato impostato già all'inizio della prima visita ed è proseguito, consolidandosi, nel corso delle visite successive. Sembra di poter dire che tutti e tre i pazienti sono soddisfatti della relazione con questo medico anche se le tre storie relazionali sono molto diverse tra loro. Quello che è risultato adeguato per uno dei tre non sarebbe probabilmente risultato altrettanto adeguato per gli altri: Giuseppina avrebbe trovato troppo freddo lo stile usato con Melinda che non avrebbe invece compreso o apprezzato il conversar d'altro o lo scherzo riservato a Brenno il quale infine avrebbe forse avvertito come eccessiva la rassicurazione continua e un pò materna tanto utile a Giuseppina.

2) Le visite mediche cardiologiche

Ricostruzione del contesto

Le videoregistrazioni sono state realizzate, in questo caso, presso *un ambulatorio della cardiologia* piuttosto particolare: si tratta dell'*ambulatorio dello scompenso cardiaco*, una patologia grave, cronica e spesso ingravescente. Nonostante la serietà di questa patologia i pazienti non sempre comprendono appieno i rischi che corrono poiché considerano questa patologia molto meno grave, ad esempio, dell'infarto del miocardio. L'unica possibilità per curare radicalmente la patologia è costituita dal trapianto di cuore, al quale i pazienti più giovani vengono spesso candidati. La cura più importante tuttavia consiste nel rallentare il più possibile il peggioramento progressivo dello scompenso cronicizzandolo e imparando a convivervi. Si tratta dunque di controllare costantemente lo stato del cuore e cercare di affaticarlo il meno possibile tramite articolate terapie farmacologiche e soprattutto attraverso cambiamenti da apportare al proprio stile di vita (ad esempio ridurre la quantità di liquidi ingeriti giornalmente, evitare gli sforzi, eliminare completamente il fumo, controllare quotidianamente il proprio peso e rilevare frequentemente la propria pressione arteriosa). La terapia farmacologica, almeno per ciò che concerne il diuretico, è affidata in larga misura alla gestione del paziente al quale viene insegnato come cogliere i segni di un eccessivo sovraccarico di cuore e polmoni e quindi come modificare autonomamente la terapia. Un ruolo importante nella diagnosi e nel monitoraggio dello scompenso cardiaco (e quindi nello stesso ambulatorio) è svolto dall'ecocardiografo. L'esame eseguito mediante questo apparecchio occupa spesso molto spazio della visita. L'apparecchio (ed il lettino che serve per eseguire l'esame) occupa molto spazio anche dell'ambulatorio. L'ambulatorio prevede la presenza fissa dello stesso medico, referente del reparto per questa patologia, e di un piccolo e stabile gruppo di giovani medici in formazione. Sono sempre presenti due tecniche di cardiologia che si avvicendano nelle visite.

Profilo del medico. Il M è una cardiologa, con almeno 10 anni di esperienza sia di reparto che di terapie ambulatoriali. E' da alcuni anni referente del reparto per lo scompenso cardiaco. Data l'estrema specializzazione dell'ambulatorio i pazienti vengono solitamente inviati da altri medici specialisti o di medicina generale con una prima diagnosi eventualmente da

confermare e da perfezionare o comunque sempre dopo un più o meno lungo iter di tentativi diagnostici e terapeutici.

Il caso n. 1: la signora Barbara – “*Posso smettere di lavorare senza voler smettere di lavorare?*”

Profilo della paziente. La P è una donna di 55 anni che da tempo soffre di disturbi generali come stanchezza e fatica a respirare. Ha già consultato diversi medici ma nessuno ha saputo dire una parola definitiva sul suo caso. Sono emerse finora, viceversa, versioni un po' discordanti tra loro e soprattutto non si sono ancora risolte le sue difficoltà. La sig.ra Barbara parla molto e molto volentieri, sino a stancarsi, descrive eventi e situazioni in modo estremamente dettagliato, il suo modo di parlare è lamentoso: sembra seccata per il fatto che ancora non si sia risolto il suo problema ma anche per il fatto che talvolta esso venga giudicato di lieve entità. Uno degli argomenti che sembrano starle più a cuore in questo momento è quello del lavoro che contemporaneamente la coinvolge e affatica e sul quale concentra la maggior parte delle proprie attenzioni, come se la preoccupazione di non riuscire a lavorare sovrastasse (sostituisse?) la preoccupazione per il suo disturbo cardiaco.

La prima visita

La prima visita avviene il giorno 11.1.07 e dura in tutto 49 minuti. La P si presenta sola alla visita. Oltre al M sono presenti tre specializzande e un tecnico di cardiologia.

M – Procede come prima cosa a fare le presentazioni.

P – Inizia in modo assertivo fornendo la documentazione in suo possesso “*Mi sono permessa di portare la cartella clinica di quando sono stata ricoverata*”.

M – E' in piedi (l'ambulatorio stretto non contiene molte sedie e le persone sono molte) e chiede alla P di fare un resoconto, un riassunto, del suo problema cardiologico. Dà il “la” alla P che sembra non stesse aspettando altro.

P – Fa iniziare la sua storia nel 1999 e ne fa un racconto molto lungo e dettagliato, non tralascia mai una data o un passaggio. Il suo racconto poi spazia in molti ambiti, tutti accomunati dal fatto di rappresentare una fonte di stress: dal padre ammalato di Alzheimer per 18 anni e seguito a lungo da lei in prima persona, ad un intervento odontoiatrico subito, al lavoro molto impegnativo e stressante, ai

ricoveri per il suo problema cardiologico, al fatto che ancora non esiste una diagnosi unica e certa riguardo a tale problema. Parla per almeno 10 minuti quasi ininterrottamente.

M – Ascolta e annuendo frequentemente e ponendo domande di chiarificazione mostra alla P che la sta ascoltando e che le dà spazio (molto probabilmente uno dei bisogni più grandi di questa P in particolare). M capisce che la storia di Barbara sarà lunga e si siede.

P – Riporta in estremo dettaglio tutto quello che hanno detto i molti medici già consultati, ad esempio che già nel '99 aveva il cuore “molto ingrossato e molto stanco”. Sembra quasi orgogliosa del fatto che secondo alcuni lei ha avuto un infarto in passato, sembra viceversa delusa quando il parere invece è che l'infarto non ci sia stato: forse perché nel primo caso sarebbero giustificati e giustificabili i suoi sintomi e il suo star male?

M – Al minuto 12 inizia a riepilogare la storia della P spiegando anche i motivi delle discordanze riscontrate nelle diagnosi di diversi medici e rassicura la P sul fatto che la terapia fatta fino ad ora era la terapia giusta. Fa anche un intervento di legittimazione “Mi rendo conto che la situazione è stata tribolata”...

P – Subito (al minuto 13.30) ricomincia a lamentarsi della sua stanchezza, come se chiedesse di essere presa sul serio.

M – Cerca a questo punto di orientare la P per non lasciarla disperdere: “Da noi come è arrivata?”

P – “Adesso ci arrivo” e ricomincia invece con il suo racconto dettagliatissimo (il bisogno che ipotizzavamo di essere ascoltata, di vedere se viene presa sul serio?).

M – Al minuto 17.30 inizia l'esame obiettivo che consiste in ecocardiogramma, elettrocardiogramma, auscultazione e misurazione della pressione arteriosa: tutte queste manovre durano 15 minuti almeno.

P – Anche durante l'esame Barbara continua a parlare, parla della sua tendenza a parlare molto e in questo modo a stancarsi sempre moltissimo.

M – Questo suo modo porta i medici ad ascoltarla poco (forse anche perché in questa fase sono concentrati sulle immagini dell'ecografia): iniziano infatti a parlare tra loro dei valori della P, tutti guardano il monitor e non la P. Durante l'esame il contatto fisico è notevole, la P è svestita e il M quasi l'abbraccia mentre usa la sonda dell'ecografo. Al minuto 23 una delle specializzande esce.

A questo punto il M sembra cambiare argomento, “Lei soffre di claustrofobia?”, “Se le proponessimo di fare una risonanza magnetica la farebbe?”. E' un modo interessante di prescrivere un esame, il M si mette completamente dal lato della P e la coinvolge massimamente.

P – Acconsente a fare questo ulteriore esame ed esplicita al M tutta la sua motivazione “Vorrei saltarci fuori, sono disposta a fare tutto”. Poi aggiunge, quasi a giustificarsi, a scusarsi, “Forse avrei dovuto affrontarlo prima, non vivere per lavorare ma affrontare il mio malessere”.

M – Chiede di riepilogare i farmaci che P sta attualmente assumendo.

P – Sempre con tono lamentoso elenca minuziosamente le medicine che prende.

L'esame (ecografia) finisce al 25° minuto della visita, poi il M ausculta la P, poi le viene misurata la pressione e quindi viene effettuato l'elettrocardiogramma (min 28)

M – Durante tutte queste manovre M e P continuano a parlare: “Quale sintomo limita di più la sua vita? Lei cosa vorrebbe fare?”.

P – Ha l'occasione per descrivere nuovamente e ampiamente i suoi disturbi dal suo punto di vista, lei vorrebbe ritornare a lavorare, le mancano due anni alla pensione, ed essere in grado anche di stare con il suo nipotino. Approfitta di questa conversazione per introdurre un nuovo tema, chiede al M se nel suo caso è indicato l'intervento per mettere un pacemaker (ne parlò uno dei medici che aveva consultato in precedenza e poi ne ha sentito parlare anche in televisione in un programma specializzato).

M – Spiega che in questo caso non è indicato quel tipo di intervento perché... inizia a fornire qualche spiegazione sulla patologia di Barbara (cosa che verrà fatta più avanti in modo più puntuale): c'è una valvola cardiaca che perde un po' e il cuore contrae meno... è necessario capire prima bene qual è la causa e quindi decidere cosa fare...

P – Al 32° minuto si riveste, è finita la visita, intanto il M ha continuato a raccogliere informazioni mediche circa il funzionamento ad es. della tiroide (ha fatto esami recentemente?), i valori pressori, gli effetti dei farmaci che la P sta assumendo.

M – Si confronta con le colleghe per decidere cosa fare e perché e commentando ciò che hanno visto attraverso l'ecografia, lo fanno davanti alla P che ascolta in silenzio, non coinvolta in questa conversazione specialistica.

Solo successivamente le stesse cose vengono “tradotte” e comunicate alla P. M le spiega cosa faranno e perché lo faranno, spiega che la situazione non è semplice e che è da studiare ulteriormente per trovare “la strada migliore”. Prescrive due esami che Barbara non ha ancora fatto... “Il nostro obiettivo è farla stare meglio”.

M – Di nuovo, una volta acquisita una forma di “autorizzazione a procedere” da parte della P, M si rivolge alle colleghe per rivedere e correggere la terapia.

Di nuovo, una volta fatto il punto con le colleghe, comunica alla P indicazioni e prescrizioni: “Mi deve provare la pressione ogni tanto in orari diversi” e prescrive esami per la funzionalità tiroidea...

P – Ricomincia a lamentarsi: vorrebbe ricominciare a lavorare ma non riesce, torna a parlare del proprio avvilitamento...

M – Riepiloga ripetutamente alcune delle informazioni già fornite fino al momento in cui il M esce dopo aver salutato la P, questa tuttavia rimane ancora un po' con il tecnico che le consegna la cartellina con i documenti sanitari che la riguardano e le dà alcune indicazioni organizzative e logistiche.

La visita risulta molto lunga, inizia con le presentazioni di tutte le persone presenti in ambulatorio alle quali segue una lunga conversazione durante la quale la P racconta con dovizia di molti particolari la sua storia e durante la quale vengono anche esaminati i

documenti (cartelle cliniche e relazioni mediche) che la P ha portato. A questa fase segue la visita, l'esame obiettivo, costituito da ecografia, ECG, misurazione della pressione arteriosa, auscultazione dei polmoni ecc. La visita si conclude poi con una lunga conversazione in cui vengono illustrate le ipotesi da indagare, gli esami da eseguire per farlo e le eventuali proposte terapeutiche che si vaglieranno, aspetti medici che vengono dettagliatamente illustrati e ripetutamente riepilogati dal M.

Una delle caratteristiche della visita è la grande accuratezza (l'esame attento eseguito in ambulatorio, i molti ulteriori accertamenti prescritti, come la risonanza magnetica e l'esame della tiroide, il cambio nella terapia effettuata già in prima visita che dovrà aiutare la P a stare meglio da subito). L'attenzione ai dettagli e la minuziosità sembra una caratteristica di questa paziente che appare logorroica (arriva talvolta a non aver più fiato dopo aver parlato molto a lungo) e dallo stile estremamente preciso (dai tratti quasi ossessivi). Lo stile del M sembra in un certo senso adeguarsi, ella infatti riepiloga molto frequentemente le informazioni che fornisce alla P, quasi non volesse che andasse perduto neanche un dettaglio delle sue spiegazioni. Naturalmente questo frequente riepilogare potrebbe consistere in una caratteristica dello stile del M piuttosto che in una risposta allo stile della P o, ancora, in un'esigenza derivante dalla specificità di questo ambulatorio (che puntando sull'adozione di particolari stili di vita e sull'autonomia nella gestione delle terapie comporta il ricorso ad interventi di tipo educativo o psicoeducazionale).

La P sembra richiedere costantemente al medico che venga riconosciuta la sua situazione di difficoltà, quasi temesse di non essere creduta, quasi temesse che i suoi sintomi vengano giudicati di troppo lieve entità o comunque non abbastanza seri (li ripete frequentemente, aggiunge continuamente riferimenti o esempi di sintomi o situazioni in cui essi sono comparsi).

Il M risponde a questa richiesta (volontariamente o suo malgrado?) tramite la molta attenzione, il non interrompere l'eloquio della P se non per chiedere specificazioni, la prescrizione di esami e accertamenti, il rimando che in effetti "*il suo lavoro è impegnativo*"...

I temi che vengono trattati sono praticamente sempre connessi al *disease* (i sintomi, le situazioni in cui questi si esacerbano, le terapie, gli esami). Lo stile del M non è centrato all'ascolto delle emozioni (che vengono raramente – si potrebbe dire mai – indagate direttamente), tuttavia il M coglie spesso e volentieri i timori o i desideri della P e vi risponde attraverso le sue scelte e le azioni, attraverso, cioè, le risposte sul *disease* (ad esempio far del tutto per arrivare ad una diagnosi accurata, sostenere la speranza di poter godere di

un'accettabile qualità di vita, risolvere in tempi rapidi un sintomo fastidioso e invalidante). In cambio di questo impegno e disponibilità a farsi carico del problema il M chiede alla P una collaborazione in termini di adesione alle prescrizioni che vengono date.

Lo schema relazionale sembra iniziare dalla P che porta il messaggio manifesto "*Ho un problema che mi preoccupa e che vorrei risolvere*" (dietro a questo messaggio sembra esservi una diversa richiesta: "*Ho bisogno che il M mi ascolti e mi creda*") → il M risponde con un sostanziale impegno che assume con la P: "*Adesso ci guardiamo e lo risolviamo*" (implicitamente, mentre risponde alla P sul versante dei sintomi, la ascolta e le dà credito, la prende sul serio rispondendo così alla richiesta implicita della P). In cambio chiede alla P un impegno a fare tutto quello che le dirà → la P in effetti si impegna a fare le cure dando fiducia al M (forse anche perché così potrà tornare da questo medico a farsi ascoltare).

- Tutta la prima fase della visita è un lungo lamento dei sintomi e della situazione (inizia a raccontare dal '99), un fiume in piena che chiede di essere accolto (quando il M comprende che la P ne avrà ancora per molto la invita a continuare il racconto mentre viene eseguita l'ecografia, min. 17,25) che il M ascolta con attenzione, senza liquidare come non pertinenti le parti del racconto che non contribuiscono a chiarire il problema (come invece si può presumere che possa essere accaduto in passato con altri medici) come ad esempio la lunga descrizione delle caratteristiche del suo lavoro e dei suoi timori a smetterlo perché le mancano "*due anni alla pensione*" e non potrebbero andare avanti con la sola pensione del marito. E' solo al min. 30,30 circa che il M risponde e comincia a dare informazioni (la valvola del cuore perde un po' e il cuore fa più fatica a contrarsi, adesso dobbiamo capire cosa c'è, informazioni che sono nuovamente riepilogate al min. 38).
- Al min. 43,26, prima di salutarsi, torna a chiedere se può tornare a lavorare per qualche ora (tra poco finirà il suo periodo di malattia) anche se però "*sarà difficilissimo*" ("*Ma forse con questa cura...*"): ancora una volta la P sembra chiedere al M di essere presa sul serio, "*Le mie difficoltà sono vere e serie, vero?*". Il M anche in questa occasione ascolta e conferma che se può fare un *part time* e se la sente può in effetti ricominciare "*Vediamo come va con questa nuova terapia, eh?*".

La seconda visita

La seconda visita dura meno della prima, circa 30 minuti, e risale al 15.2.07, poco più un mese dopo la prima. Anche in questa occasione la P si presenta sola all'appuntamento con il medico. Sono presenti, oltre al medico, una specializzanda e un tecnico.

M – Apre la visita informandosi dello stato di salute della P: “Come andiamo?”, e per farlo usa, forse appositamente, il “noi”.

P – Non si mostra troppo contenta dei suoi miglioramenti: “Vorrei dire ‘meglio’”, “Va un pochino meglio”. Infatti racconta di riuscire a fare più cose di quanto non riuscisse a fare prima, però si stanca ancora molto.

Inizia la visita (min. 2) che include elettrocardiogramma (lo fa il tecnico, intanto tutti sono in silenzio, il M è al computer per il riepilogo dei dati) e misurazione della pressione. Al min. 5.40 la P si riveste, il M continua a scrivere. Sono tutti in silenzio, ognuno fa il proprio “pezzetto” coordinandosi con gli altri senza nemmeno bisogno di parlare (inclusa la P, che sa quando svestirsi, quando porgere il braccio al tecnico ecc...). E' come se questa parte di rilevazione dei parametri relativi al funzionamento del cuore fosse divenuto rapidamente una sequenza di azioni routinarie, ben conosciute e facenti parte della “danza” che è la visita medica di questo M con questo P.

M – Segna il passaggio alla fase successiva della visita: “Allora,” e inizia a riepilogare i dati raccolti nell'ultimo periodo, gli esiti dei nuovi esami, e rassicura circa il fatto che non vi sarà necessità di terapie aggiuntive perché non sono stati riscontrati problemi alla valvola cardiaca. Riepiloga lo schema di terapia che andrà seguita. “Gli esami vanno tutti bene, dovrebbe stare meglio”.

P – Invece la P racconta di non sentirsi tanto meglio, Ricomincia a parlare dei suoi problemi al lavoro o con la pensione (le mancano due anni alla pensione). Chiede di poter avere l'esito degli esami per iscritto per poter chiedere di anticipare la pensione. Il tono della P è sempre poco vivace, un po' “lamentoso”. Il M ascolta, annuisce.

Intanto entrano due specializzande con l'esito di un ulteriore esame, la RMN, che mancava. I medici iniziano a parlarne tra loro senza coinvolgere la P, è un tipo di discorso nel quale la P non è coinvolta, né lei sembra ritenere di doverlo essere, sembra esserci assoluto consenso in questo.

M – E' il M a riepilogare quello che si sono appena dette: “Allora, la valvola perde ma non tanto, il cuore fa fatica ma poco”, espone le ipotesi possibili (forse una miocardite, un piccolo infarto che ha lasciato una cicatrice...)

P – Sembra sollevata, quasi contenta del fatto che probabilmente c'è stato un piccolo infarto: forse riuscire ad individuare una causa certa dei disturbi o anche il sentirsi “riconosciuta” piuttosto che smentita nei propri sospetti è fonte di sollievo.

M – Aggiunge il suggerimento di aspettare ancora per rientrare al lavoro, in questo sembra ascoltare e cogliere il tema portato con tanta insistenza dalla P. Prosegue rassicurando molto la P: va tutto bene, il

problema è piccolo, probabilmente è già migliorato grazie alle medicine e probabilmente è destinato a migliorare ancora.

P – Annuisce mentre ascolta ma non sembra sollevata o contenta per questa rassicurazione che “sminuisce” un poco il disturbo accusato dalla P la quale infatti riprende subito il tema del lavoro.

Per altri 4 minuti circa (dal min. 19.30) i medici si confrontano tra loro e scrivono la lettera mentre la P aspetta senza interagire con loro. La P chiede che il prossimo appuntamento venga spostato dalla data inizialmente assegnata, si scusa per la sua richiesta. Il M si mostra disponibile e va incontro alla P acconsentendo alla richiesta

M – Come sempre mette la P al corrente di quello che si è fatto e riepiloga “Allora signora, Le ho fatto qualche cambiamento nella terapia”. Ribadisce che quello che la P ha avuto è un qualcosa di lieve entità e che il farmaco che ha prescritto l’aiuterà. Stampa la lettera e la consegna alla P.

M e P si salutano stringendosi la mano.

Anche in occasione di questa visita è confermata la tendenza della P a lamentare i suoi disturbi, è la prima cosa che fa appena si rivolge al M. Tuttavia questa volta il M non le dà molta soddisfazione rimandando la loro conversazione a dopo che saranno stati rilevati i parametri (per alcuni minuti M e P non parlano).

In realtà la pressione arteriosa rilevata nelle settimane precedenti andava bene, lo stesso vale per gli esami della tiroide... tutti i parametri sono in ordine, la P stessa dice che “*un pochino va meglio*” tuttavia la P non sembra disposta ad ammettere il proprio importante miglioramento, come se migliorare immediatamente dopo l’inizio della nuova terapia significasse che allora i suoi disturbi non erano gravi, e forse lo sforzo eccessivo compiuto dalla P nei giorni precedenti, sforzo che in effetti l’ha portata a peggiorare un poco le proprie condizioni, può essere interpretato come un piccolo sabotaggio che comporta un incremento dei comportamenti di cura del M.

La P riprende a parlare del lavoro e della sua richiesta di invalidità, si dice “*combatutissima*” però si rende conto di non poter “*rendere abbastanza, è un lavoro troppo importante, o lo fai o non lo fai...*” e così finalmente si è decisa ad iniziare il percorso per la richiesta dell’invalidità e per la pensione.

Quando il M spiega alla P l’esito di tutti gli esami e le comunica che la sua cardiopatia è lieve lo fa facendo riferimento al lavoro: “*il suo disturbo è lieve però il suo lavoro è impegnativo... sta a lei decidere, se ha la possibilità di prendere ancora qualche mese per stare a casa e vedere intanto come evolvono i sintomi con questa nuova cura...*”

La P sembra quasi delusa di non dover ricorrere ad un intervento quale il posizionamento di un *pacemaker* e che bastino, per farla stare meglio, “*solo le medicine?*”. Ella si dice però dell’idea di stare ancora a casa per non perdere i vantaggi che sono derivati dal suo stare tranquilla in questo periodo. Forse si spiega con la delusione il silenzio della P per tutto il resto della visita mentre i medici finiscono la loro relazione.

La visita di follow-up

La terza visita risale al 12.4.07, due mesi dopo la seconda, e dura solo 15 minuti. La P viene sola anche a questa visita. Sono presenti il M, una specializzanda e il tecnico.

P – Consegna subito la cartellina con i documenti al M e inizia a spogliarsi. E’ ormai una consuetudine, la P sa già cosa fare nel contesto di questo ambulatorio con il quale sembra aver già ampiamente familiarizzato. Il fatto che gli operatori diano un po’ per scontato questa autonomia della P (non la instradano, proseguono a fare le loro cose) sostiene il comportamento autonomo della P?

M – Chiede notizie sia della RMN che delle terapie che la P dovrebbe aver iniziato.

P – (min. 2.05) inizia a lamentarsi, da due giorni non sta per nulla bene, deve aver “tirato” troppo nel fine settimana, poi è arrivata a stare molto male (molto stanca) qualche giorno fa.

M – Visita la P (min. 3) “*Perfetto*”. L’esame obiettivo prosegue con la rilevazione della pressione. Infine commenta l’esofagite che è stata diagnosticata e che spiega i sintomi della P.

P – Chiede esplicitamente al M di modificarle la terapia (chiede espressamente “Aiuto”) perché così come è ora tende a interferire con le sue attività.

M – Anche in questa occasione il M si mostra disponibile e va incontro alla P acconsentendo alla richiesta, cambieranno dosaggio e schema del farmaco.

P – Dopo aver raccontato che ha dovuto “*schedare tutto*” (allude alle medicine) perché “*sono così tante*” riprende a parlare delle sue questioni di lavoro e di richiesta di invalidità (il *leit motiv* per questa paziente, un tema che la preoccupa molto e che sembra sempre al centro dei suoi pensieri). Ricomincia pertanto a lamentarsi e a giustificarsi per il fatto di voler stare a casa dal lavoro (un dovere piuttosto).

M – Riepiloga le cure e torna a chiedere come sta.

P – “*Meglio, tutto sommato*”. Ugualmente a questo punto riprende il suo lamento, “*Non voglio sfruttare la situazione ma...*”.

M dà appuntamento alla P a sei mesi. Per tutta la visita sono stati in piedi.

Il tecnico (che non era presente le prime due volte) si interessa, data l’enfasi della P, del suo lavoro. E’ l’occasione per P di raccontare nuovamente la sua storia, di portare nuovamente le sue motivazioni: in sostanza “*Facevo un lavoro impegnativo e stancante fino a che non ce l’ho più fatta, sono dovuta*

andare in pensione, ma non ero pronta". Mentre la P racconta i medici e il tecnico tendono a giustificarla e rimandarle la loro comprensione (comprensione che la P sembra sempre avere implicitamente richiesto con la sua insistenza su questi temi).

M – Cerca di sviare l'attenzione della P facendole notare che la sua vita sarà riempita poi dal suo nipotino (è la prima volta che si va su un argomento personale della P che non sia il suo lavoro).

P – Coglie perfettamente il suggerimento del M e subito mostra a tutti le fotografie della sua famiglia, specie quelle del nipotino. La visita termina in questo clima familiare, conversando appunto del bambino e della sua dolcezza piuttosto che della malattia.

Per la terza volta consecutiva la P inizia la visita con il lamento, ancora una volta ha *"tirato troppo"* nei giorni precedenti e quindi non sta bene (vuole portare al medico, come avevamo ipotizzato in prima visita, i suoi sintomi perché lei possa riconoscerli, prenderli sul serio?). Chiede esplicitamente "aiuto" al M: la terapia che fa non le consente di fare una vita normale e quindi chiede che le venga modificata

Il M accoglie la definizione della P, le rimanda che anche l'esofagite di cui ha sofferto recentemente è stata importante e che probabilmente ha influito sulla sua condizione e dà la propria disponibilità ad andare incontro alla P e a modificare lo schema di assunzione del diuretico.

Solo dopo questo ascolto (al min. 9,40) la P può ammettere che *"andiamo meglio"*, starà a casa dal lavoro, ha ripreso a fare del lavoro a casa, ad esempio a stirare, è stata anche in montagna, ha fatto delle passeggiate...

Continua pertanto anche in questa visita l'atteggiamento ambivalente della P che appunto si lamenta ed enfatizza i sintomi probabilmente per sentirsi giustificata (anche dai medici) a fare certe scelte: quando riprende a dire (intervistata su questo dal tecnico che non aveva sentito ancora la sua storia) che il suo lavoro era molto impegnativo perché doveva parlare molto e occuparsi di molte cose il M sembra tagliare corto (oppure dare sostegno alla P) con il suo *"Basta... Era ora di finire quell'esperienza"* e la P, nonostante abbia fatto di tutto finora per convincere il M che era meglio per lei andare in pensione risponde *"Però non ero pronta"*. Ancora una volta il M accoglie la prospettiva della P: *"Farà la nonna, vedrà che sarà altrettanto impegnativo..."*.

Il caso di Barbara

L'impressione che si riceve dalla visione delle visite di questa paziente con questo medico è che si sia venuta a creare un'atmosfera di grande familiarità, la possibilità di affidarsi all'èquipe curante, senza tuttavia che si siano utilizzate da parte del medico "tecniche orientate all'aspetto socioemotivo" o domande esplicite sull'agenda. La paziente ha portato al medico la sua preoccupazione per i sintomi e la richiesta di occuparsene. Accanto a questa richiesta manifesta ne emerge una implicita che sembra riguardare più il bisogno di essere "considerata", "ascoltata", "presa sul serio" (tanto che i concreti miglioramenti che si realizzano sistematicamente tra una visita e l'altra non sembrano soddisfare appieno la paziente la quale ogni volta, nonostante i buoni risultati riscontrabili sul versante dei sintomi, porta insoddisfazione, preoccupazione e lamentele circa il proprio malessere). L'interesse del medico per i disturbi della paziente, il suo volerci "arrivare a capo", il suo dar credito al racconto della paziente (il racconto relativo al *disease* e non tanto al vissuto di malattia) ha creato il clima di fiducia che sembra di poter cogliere e che getta le basi anche per la cura del *disease* attraverso la buona aderenza ai trattamenti.

Il *pattern* relazionale sembra legato, quindi, a due diversi obiettivi paralleli:

- è la paziente che porta il messaggio manifesto "*Ho un problema che mi preoccupa e che vorrei risolvere*" (dietro a questo messaggio sembra esservi una diversa richiesta: "*Ho bisogno che il medico mi ascolti e mi creda*")
↓
- il medico risponde con un sostanziale impegno che assume con la paziente: "*Adesso studiamo bene il caso e lo risolviamo*" (implicitamente, mentre risponde alla paziente sul versante dei sintomi, la ascolta e le dà credito, la prende sul serio rispondendo così alla richiesta implicita della paziente). In cambio chiede alla paziente un impegno a fare tutto quello che le dirà
↓
- la paziente in effetti si impegna a fare le cure (nella misura in cui esse segnalano che i suoi disturbi sono seri) e dando fiducia al medico (forse anche perché così potrà tornare da questo medico a farsi ascoltare).

Un tema estremamente rilevante in questo caso, per questa paziente, è quello del suo lavoro, la sensazione è che la paziente voglia restare a casa dal lavoro ma che per qualche ragione non

possa dirlo (ha forse paura di apparire una persona che approfitta della situazione? una “fannullona”?). La paziente, attraverso la reiterazione delle sue richieste mostra di ricercare molte conferme da parte del medico sul fatto che non sta bene, che sono giustificati il suo lamento e la sua impossibilità a fare più di quanto sta facendo ora. Il medico dal canto suo mostra disponibilità a fornire alla paziente tali conferme (senza esagerare): ascolta le esigenze della paziente (sempre senza esagerare, senza avvallare pretese incongrue), le coglie e le integra nelle proprie conversazioni (sempre comunque relative ai sintomi).

Lo stile del medico è molto diverso da quello del medico oncologo, non è altrettanto accogliente e accudente, non va ad indagare il vissuto della paziente. Lo stile è molto “informativo”, le spiegazioni sono molto chiare e dettagliate, e la vicinanza con la paziente sembra essere costruita soprattutto attraverso la “disponibilità” del medico, disponibilità a prendere sul serio quanto la paziente sta dicendo e a intraprendere tutte le necessarie azioni per giungere ad una diagnosi e a una terapia corrette.

Facendo riferimento alle indicazioni di Roter (Roter, 2000) la relazione che emerge risulta soprattutto riconducibile, secondo la definizione che di questo modello viene data, al modello “paternalistico”; la relazione risulta infatti confinata entro lo spazio della dimensione biomedica (patologia-protocollo terapeutico), il medico è il decisore che propone al paziente le soluzioni che ritiene più adatte, l’obiettivo che si pone è centrato esclusivamente sulla cura più adeguata della patologia. Emerge però anche una parte della relazione ispirata invece al modello “mutualistico” quella in cui il medico tiene conto della centralità per la paziente del tema del lavoro e orienta in parte i propri interventi in quella direzione (interventi che rimangono comunque relativi alla dimensione della patologia e dei sintomi) offrendo alla paziente consigli circa le decisioni da prendere.

La relazione risulta scandita in parte in termini di “reciprocità costruttiva”: in particolare nella prima visita le azioni di medico e paziente si coordinano (la richiesta di attenzione della paziente, l’attenzione del medico che la prende sul serio, la riconoscenza e l’impegno della paziente ad eseguire i dettami del medico) e portano medico e paziente a riconoscersi e ad accettarsi vicendevolmente, istituendo le premesse necessarie all’attivazione di una dinamica attraverso cui diventa possibile per ognuno dei partecipanti trovare gli spazi necessari e utili al raggiungimento dei propri obiettivi e alla soddisfazione dei propri bisogni. Nella seconda e nella terza visita diventa invece più complesso per il medico accettare la richiesta della paziente di considerare grave e seria la sua condizione (che nel frattempo è oggettivamente

migliorata) e l'atteggiamento del medico diviene maggiormente informato ad "unidirezionalità" soprattutto per quanto concerne lo stabilire gli obiettivi della relazione (giungere a definire il trattamento più efficace) e il valore a cui va associata la soddisfazione di medico e paziente (la risoluzione dei sintomi).

Il caso n. 2: il sig. Hamad – “Ho troppa paura per curarmi”

Profilo del paziente. Il P non è italiano bensì albanese. Questo sembra comportare da subito un problema di comprensione reciproca tra medico e paziente a causa soprattutto della differenza linguistica. Si tratta di un signore di circa 60 anni, riservato, poco loquace, attento a quanto il medico dice e, sembra, quasi timoroso di disturbare. Viceversa la moglie è più loquace, vivace e attiva.

Da tempo il P soffre per problemi cardiaci, già diversi anni fa ha dovuto subire interventi di *bypass*, da un po' di tempo è peggiorato, gli si gonfia l'addome quando beve e fa molta fatica a respirare. Dopo due recenti ricoveri in cardiologia è stato inviato all'ambulatorio dello scompenso cardiaco perché inizi le cure necessarie.

La prima visita

La prima visita è molto lunga, dura in tutto 62 minuti e risale al 11.1.07. Il P è venuto con la moglie che in un primo momento, a causa di una incomprensione, rimane in sala d'attesa ma che poi lo raggiunge in ambulatorio partecipando attivamente alla visita del marito. Alla visita sono presenti, oltre al M, due specializzande e un tecnico.

Il P entra accompagnato dal tecnico che fa le presentazioni e lo fa accomodare.

M – Raccoglie la documentazione che il P ha portato e che porge immediatamente ai dottori, ricostruisce dai documenti la storia di ricoveri e cure a cui è stato sottoposto il P e ne indaga i sintomi: è il M a dire cosa è accaduto nel passato del P e questi si limita a confermare o a correggere la ricostruzione fatta dal M, questo sembra agevolare il P che non parla bene l'italiano. Nel '92 ha avuto un infarto e fatto un *bypass*, negli ultimi mesi è stato ricoverato in cardiologia due volte (un ricovero a novembre e uno a dicembre) e oggi il sintomo principale è costituito dal dolore.

M – Approfondisce il tema del dolore e molto accuratamente cerca di comprenderne la natura con una serie di domande chiuse di carattere medico: “E' simile a quello dell'infarto?”, “E' un dolore forte o è

un fastidio?”, “E’ costante?”... Indaga anche il respiro e le terapie che sta facendo. Il P è seduto e il M invece è in piedi accanto a lui.

P – Spiega che da un po’ di tempo quando mangia o beve gli si gonfia soprattutto lo stomaco

M – Invita il P a sdraiarsi per fare la visita.

La tecnica lo aiuta a prepararsi, è molto disponibile e gentile e cerca di mettere a suo agio il P, si preoccupa di non sporcargli la maglia con il gel, gli mostra dove sistemare le cose, conversa con lui mentre lo sistema per l’ECG e riesce probabilmente così a tranquillizzarlo un po’.

Inizia la visita medica al min. 4.30 con ECG, ecocardiogramma e visita (tutta la visita dura 12 minuti).

M – Intanto continua a raccogliere l’anamnesi dal P: “Come è andata dopo l’intervento?”, “Riusciva a fare le cose che voleva fare? Lavorava?” e ad indagare molto approfonditamente l’andamento dei sintomi e le reazioni alle terapie. Lo stile della conversazione è sempre “domanda-risposta”, il M riepiloga spesso quello che il P dice per averne l’eventuale conferma.

P – Racconta di avere smesso di fumare recentemente.

M – Lo rinforza “E’ stato bravo”. E poi, probabilmente per capire come comunicare la diagnosi, indaga quello che il P conosce della propria situazione “Cosa le hanno spiegato di quello che ha?”

P – Ha un’immagine efficace e semplice del proprio disturbo: “Ho il cuore che funziona piano...”.

M – Lo visita (palpa la pancia e ausculta i polmoni).

Parlando con la tecnica che gli sta misurando la pressione il P comunica che la moglie lo ha accompagnato, che è fuori ad attenderlo. M chiede subito se lui ha piacere che la moglie entri, se si vanno loro a chiamarla.

F (familiare) – Entra e si siede. E’ una persona attiva, vivace, dice che hanno fatto bene a chiamarla, vuole controllare e aiutare il marito che, tra l’altro, non parla tanto bene l’italiano. Inizia immediatamente a parlare con il M.

M – Invita anche il P, che intanto si è pesato e rivestito, a raggiungere lei e la moglie per parlare. Si fa riepilogare di nuovo i disturbi da cui in questo periodo il P è affetto (il fatto di gonfiarsi dopo aver bevuto, la moglie aggiunge la fatica a respirare di notte, la fatica, corregge lui, nello stare sdraiato...).

M – Dopo la prima parte della visita in cui ha soprattutto raccolto informazioni il M comincia, al minuto 19.30, a spiegare: spiega che il problema del P – il cuore che pompa un pochino meno – è proprio quello di cui si occupano in questo ambulatorio, spiega quindi cos’è e come funziona l’ambulatorio a cui è approdato, chi sono i medici dell’ambulatorio, spiega che dovranno agire modificando le medicine che sta prendendo. Il cuore funziona un pochino meno (al 15-20%, mentre dovrebbe funzionare al 60%) e si è dilatato, per aiutare il cuore il resto del corpo trattiene i liquidi, questi liquidi invece non dovrebbero rimanere nel corpo e il peso dovrebbe rimanere sempre uguale, è per questo che in passato gli hanno prescritto il diuretico e che questo diuretico è tanto importante. Per tutta la durata di questa conversazione (circa 4 minuti) il M e il P sono in piedi uno davanti all’altro.

M – Parlano diffusamente del bilancio dei liquidi, delle abitudini (come e quanto beve) e dei farmaci (quanto diuretico e come lo prende, quando lo aumenta e quando lo diminuisce). Poi parlano delle medicine che verranno prescritte. Nel frattempo il M invita il P a sedersi (min. 22.47).

Il M parla in modo chiaro, scandisce bene le parole, sembra un po' una "maestrina", anche la posizione del P e della moglie, in basso rispetto al medico, entrambi in ascolto, sembra sottolineare una loro posizione subordinata o dipendente.

F – Chiede se i cambiamenti nelle terapie devono essere immediati.

M – Risponde descrivendo gli effetti delle medicine e come le dovrà assumere. Chiede se il P ha esami del sangue recenti e li prescrive. Si rivolge alla specializzanda “*Cerchiamo si semplificare gli orari di assunzione dei farmaci?*”. In questo modo il M cerca probabilmente di aiutare il P ad assumere la terapia correttamente.

M – Al min. 33.43 “*Ci sono cose che volete chiedere?*”

F – “*Sì*”, chiede se è possibile cambiare qualcosa del cuore (le batterie del pacemaker ad esempio) perché il marito sta sempre male, “*non si può andare avanti così*”.

M – Spiega che con le medicine si può avere una buona qualità di vita ma non si risolve il problema. Bisognerebbe cambiare il cuore, “*Potremmo sentire al centro trapianti di Bologna*” (è un’idea nuova per loro? Il P si aspettava di arrivare a questo punto?), teoricamente lui potrebbe fare il trapianto di cuore, il M propone al P di andare a fare la valutazione a Bologna.

P – Ascolta in silenzio, immobile.

F – E’ la moglie a interagire di più con il M, fa un pò di polemica su un altro medico che le aveva detto che il trapianto non si poteva fare a causa dell’età.

M – Chiede se abbiano figli. Ne hanno due. (Di questa informazione non viene fatto nulla.) “*Lei è disponibile a sentire a Bologna?*”.

F – “*Sì, lui è disponibile a farlo*” (il P ha fatto di sì con la testa).

M – Anticipa che le specializzande gli spiegheranno subito i cambiamenti nelle terapie e intanto riepiloga le cose che si sono detti a proposito dei farmaci, dei segnali a cui prestare attenzione, delle modalità con cui modificare la dose del diuretico... Rinnova la disponibilità del centro, si raccomanda che chiamino ogni volta che abbiano un dubbio o una necessità. Chiede di nuovo se ci sono cose che vogliono chiedere (forse lo fa in modo un po’ rituale, per avviare la conclusione del colloquio).

F – “*Sì*”, per la seconda volta è la moglie a cogliere l’invito del M e ad aprire un nuovo argomento. Informa che il marito ha già il 65% di invalidità e chiede di avere la documentazione necessaria per modificare la percentuale di invalidità.

M – Risponde che va bene, il referto che adesso daranno loro sarà sufficiente per fare tutte le richieste. Dà le ultime disposizioni per il prossimo appuntamento e lascia che a concludere la visita siano le colleghe più giovani le quali completano la lettera, la consegnano e la illustrano al P e alla moglie. Anche la tecnica contribuisce alla visita fornendo al P la cartellina del centro, alcune informazioni sul centro stesso e un libretto sullo scompenso cardiaco. Consegna anche un questionario sulla qualità della

vita da compilare a casa. (Quest'ultima parte della visita è lunga e lenta, si ribadiscono le solite cose sui farmaci e sugli esami.)

Si salutano dopo 1h e 2min dall'inizio della visita.

Anche in questo caso la visita inizia con le presentazioni a cui segue la lettura dei documenti che il P ha portato con sé e la raccolta dell'anamnesi per l'inquadramento della situazione. Il fatto che il P sia straniero (albanese) contribuisce a rendere questa fase un po' problematica: il M ricorre a molte domande chiuse riguardanti i sintomi e le procedure già sperimentate o comunque a domande tese a verificare la propria corretta comprensione dei disturbi del paziente. Segue quindi la visita, l'esame obiettivo, al solito lungo e accurato, e quindi il riepilogo delle informazioni e del programma terapeutico che si dovrà iniziare.

Anche in questo caso la visita risulta accurata.

Al contrario di Barbara, Hamad non è per niente loquace. Il M ricorre a molte domande chiuse sui sintomi a cui il P risponde quasi a monosillabi, egli non sembra molto "padrone" della propria situazione, riporta i propri sintomi senza che emerga la sua interpretazione degli stessi. Proprio per questo appare più difficile il lavoro del M di informare il P per ottenerne l'aderenza (es. smettere di fumare, bere poca acqua, assumere bene la terapia).

In questo sembra un po' più affidabile la moglie, anche se non completamente: lei tende a fare confusione, come il medico prende sul serio il paziente ma poi non riesce ad aiutarlo a comprendere e a desiderare di cambiare il proprio stile di vita.

Il bisogno di questo P sembra quello di stare meglio senza però occuparsi troppo della sua patologia di cui, sembra, ha paura e che vorrebbe dimenticare, accantonare... Il M procede prendendo sul serio la patologia (che nello specifico caso di Hamad è particolarmente grave) e cercando di alleviarne i sintomi attraverso i farmaci. In questo caso è un po' difficile perché il P, in virtù dei suoi meccanismi di evitamento, non è molto aderente. Il rapporto sembra quindi più quello con un bambino che il medico cerca di convincere spiegando cosa e perché deve fare ma che non comprende bene, non ha gli strumenti e usa rappresentazioni mentali dei suoi disturbi che non lo aiutano ad assumere correttamente la terapia.

Lo schema relazionale è questa volta desumibile, nella sua componente più profonda, implicita, solo dal confronto di più visite, dal confronto tra il dichiarato del P e le sue scelte comportamentali. Tale schema sembra ruotare attorno alla richiesta del P di venir liberato dai propri disturbi fisici (di cui però, su un altro piano, ha molto timore tanto da volerli al contempo quasi negare). → A tale richiesta segue la risposta a tono del M (prescrizione dei

farmaci giusti, appena il P fa riferimento alla prospettiva di un intervento il M predispone la consulenza del centro trapianti di cuore), risposta che però coinvolge il P, questi deve rendersi conto della serietà dei propri sintomi per poter con convinzione modificare la propria vita e disciplinatamente assumere una complessa terapia → La risposta del P è, a livello esplicito, di adesione all'invito del M ma a livello implicito essa appare, al contrario, di negazione della gravità della patologia e dei sintomi (ad esempio il P risponde di aver compreso una informazione anche se poi si evince dalla conversazione seguente che invece non l'ha realmente compresa, racconta alcune parti della propria storia con una certa approssimazione): tutto ciò non lascia presumere che il P sarà in grado di aderire adeguatamente alle terapie. Il M sembra intuire questa difesa del P e infatti ripete molte volte le informazioni, si raccomanda ripetutamente, ma non indaga questo aspetto e soprattutto non sembra tenerne conto durante i suoi interventi. La conferma della scarsa comprensione (o della negazione della gravità della patologia) verrà solo a posteriori, quando *in effetti* il P avrà messo in atto comportamenti opposti a quelli raccomandati (anche più volte) dal M.

La seconda visita

La seconda visita è del 1.2.07 (dopo tre settimane) e dura 26 minuti. Anche in questa occasione il P viene con la moglie. Alla visita sono presenti, oltre al M, due specializzande e il tecnico.

M – Apre l'incontro chiedendo come sono andate le cose in questo periodo.

P – Risponde con un gesto della mano che indica che è stato “così-così”.

M – “E' stato peggio?”, no, il P dice di essere stato un pochino meglio di prima. Il M continua ad interessarsi a come sono andate le cose chiedendo se il P è riuscito a seguire le terapie che erano state date.

Il P e la moglie fanno un po' fatica a capire, prima che rispondano correttamente alla domanda del M hanno bisogno di un po' di chiarimenti e riformulazioni della stessa domanda. Lo stesso avviene subito dopo quando il P racconta di essere stato contattato dal centro trapianti di Bologna: da quel centro hanno chiesto al P di produrre un documento di cui lui non sa dire nulla, forse è la richiesta della visita, forse il certificato di esenzione dal ticket. Il tono perentorio della moglie che sembra aspettarsi che il M si faccia carico di risolvere questa questione, ad esempio telefonando a Bologna, sembra indispettare il M che dopo questo momento appare meno aperta rispetto alla volta precedente, più secca con il P e con la moglie.

M – Passa a leggere gli esiti degli esami e segnala un valore che non va bene, invita il P a sdraiarsi per la visita.

F – Intanto la moglie fa un'altra domanda burocratica (è almeno la terza di questo genere fino ad ora), riguardante un ticket non dell'ospedale. La signora mostra di essere molto attenta a questo genere di problematiche.

M – Sembra indispettita dal fatto di venire coinvolta in questioni che non la riguardano. Cerca di spostare l'attenzione sulle questioni che sente di propria competenza: il P si è pesato a casa? E' aumentato? Di quanto? Fa più fatica a respirare?

P – Ammette di essere aumentato di 2 o 3 chili e questo dato viene confermato dalla pesata con la bilancia dell'ambulatorio.

Il P poi in completa autonomia (forse per averlo fatto la volta scorsa e forse perché sembra che il personale si aspetti così, nessuno lo sta accompagnando passo per passo) si sdraia sul lettino e quando arriva il tecnico per effettuare l'ECG si scopre le caviglie: quasi una regola di comportamento, uno script, consolidato.

M – Inizia la visita e durante la visita il M continua a raccogliere elementi dal P: continua a non fumare, vero?

P – Ammette che qualche sigaretta la fuma, pochissime però.

M – Ribadisce che per poter accedere al trapianto è indispensabile non fumare affatto. Poi prosegue a palpare la pancia e ad auscultare i polmoni

Viene eseguito l'ECG (siamo al min. 11.30) e viene rilevata la pressione.

P – Incalzato dalla moglie segnala che la notte non riesce a dormire, non ha sonno.

M – Per comprendere se può trattarsi dell'effetto dei farmaci chiede a che ora prende, generalmente, i betabloccanti (che possono dare un po' di insonnia). Il P dice di prenderli di sera mentre l'indicazione dei medici sulla lettera era di prenderli al mattino. Si verifica pertanto un ulteriore momento di confusione, M e P faticano a stabilire chiaramente se la terapia è assunta correttamente, il P sembra confondersi facilmente, afferma di assumere il farmaco di sera e di seguire scrupolosamente le indicazioni della lettera.

F – Chiede se non sia possibile prescrivere qualche farmaco per aiutarlo a dormire.

M – Ma perché non dorme? Fa dei brutti pensieri o non ha sonno? Quanto tempo dorme ogni notte? Da quanto tempo dorme poco? Decide di aspettare la prossima volta, eventualmente prescriveranno dei sonniferi. Continua la sua indagine chiedendo se in questo periodo ha dovuto aumentare il diuretico o meno. Propone di lasciare inalterata la terapia per adesso, al prossimo controllo invece, quando il P starà magari un po' meglio, aumenteranno uno dei farmaci. Il M fa inoltre ripetere gli esami del sangue a causa del valore inadeguato riscontrato prima.

F – Si lamenta della difficoltà a effettuare i prelievi (difficoltà burocratiche legate al fatto che gli appuntamenti sono dati sempre in posti diversi...).

M – Appare nuovamente indispettita o comunque non intenzionata a seguire le lamentele della moglie, volta infatti le spalle ad essa e al paziente per parlare con le colleghe e così “staccare” dalla conversazione che non la interessa. (Userà la stessa strategia anche qualche minuto più tardi quando il telefono cellulare della moglie suonerà per la seconda volta in pochissimo tempo: il M si volta e “stacca” dal contatto – presumiamo disturbante – con la situazione del paziente e di sua moglie che sono di fronte a lei.)

M – Riepiloga il da farsi. Torna a spiegare come deve comportarsi con il diuretico, il farmaco che il P è chiamato a gestire più autonomamente.

P – Adesso, spiega, il problema più grosso è solo che non riesco a dormire.

M – Cambia idea e prescrive il sonnifero già da questa volta.

Segue un breve periodo in cui i medici preparano la lettera di dimissione, il P e la moglie aspettano in silenzio.

M – Si avvia alla conclusione riepilogando brevemente quello che si sono detti e aggiungendo alcuni consigli: camminare per limitare il peso e assolutamente non fumare.

Si comprende che quello del fumo è un tema delicato: il P tiene lo sguardo basso, la moglie fa una faccia rassegnata e fa spallucce mentre dice un poco convinto “Speriamo”.

I medici spiegano dove dovranno andare a Bologna e consegnano la documentazione da portare ai colleghi del centro trapianti. Il P e la moglie discutono un po' su qual è l'ospedale S. Orsola.

La visita si conclude con la consegna della lettera con le correzioni apportate alla terapia. “Ci vediamo tra una decina di giorni”.

La seconda visita inizia con un lungo scambio di battute relative a quanto è avvenuto tra la prima visita e la seconda: come è stato il P, se è già stata realizzata o prenotata la visita al centro trapianti, tutti gli adempimenti burocratici necessari per le visite e le terapie. Questo lungo dialogo (che occupa i primi 4 o 5 minuti) è abbastanza esemplificativo della dinamica di questo caso: il P ed il M fanno spesso fatica ad intendersi o a concordare sui rispettivi obiettivi con il P che cerca di delegare il più possibile al M (ad esempio il P non ricorda cosa gli hanno richiesto dal centro trapianti e chiede al M di telefonare a Bologna per chiedere direttamente) ed il M che cerca di delegare il più possibile al P e di coinvolgerlo (chiede a lui le informazioni piuttosto che accontentarsi di leggerle sulle lettere dei medici o sui referti). Questa differenza di posizioni rischia di non fare incontrare il M e il P, di non aiutare la comprensione reciproca e infatti a tratti sembra di cogliere un poco di tensione o di fastidio da parte del M.

Da subito si comprende che il P non è stato, probabilmente, aderente alle prescrizioni: il P è aumentato di peso, ha ripreso a fumare (“*Poco però*”). In ogni caso non sta molto meglio fisicamente e le cure sembra non stiano dando gli effetti sperati.

Ancora una volta il P porta al M i suoi sintomi o le questioni tecniche e burocratiche (spesso lo fa la moglie per lui) affinché il M risolva “facilmente” i suoi problemi. Ancora una volta il M rimane sul livello dei sintomi, li prende sul serio, spiega dettagliatamente al P come deve fare per affrontare e risolvere in prima persona le varie problematiche (il suo classico intervento di tipo educativo, pedagogico) perché non può farlo lei in sua vece (ad esempio cambiare il dosaggio del farmaco in base a quanto il P beve o a quanto peso prende). Infine il P e la moglie, ancora una volta, non sembrano particolarmente colpiti o comunque “modificati” dagli interventi del M (ad esempio il P afferma ad un certo punto, dopo che il M ha ribadito l’importanza del diuretico facendo riferimento al cuore e al respiro, che il suo solo problema è il fatto di non riuscire a dormire) e continuano forse a sottovalutare i problemi di Hamad ma a sopravvalutarne i fastidi.

La visita di follow-up

La terza visita dura molto meno, 19.30 minuti, risale al 15.2.07, dopo appena due settimane dalla seconda, ed esita nel ricovero del P. Alla visita sono presenti il paziente, la moglie ed il medico.

La visita inizia con tutti e tre seduti l’uno accanto all’altro. Il M legge la documentazione che il P ha portato dal centro trapianti di Bologna.

M – “Allora, cosa vi hanno detto a Bologna?”. Poiché né il P né la moglie sanno fornire informazioni ma rimandano ai documenti che hanno ricevuto dai medici di Bologna il M ricontrolla più accuratamente le informazioni contenute nella relazione dei colleghi e provvede a sintetizzare nuovamente al P qual è il programma del centro trapianti di Bologna per il futuro, spiega cosa si vuol fare e perché, incluso l’iniziare gli esami per mettere il P in lista trapianti. Si informa dal P sulle sue attuali condizioni.

F – E’ la moglie a dire subito che Hamad non è stato affatto bene in quest’ultimo periodo, ha preso molto peso e fa molta fatica a fare tutto.

P – “Ma prendevo il lasix”(emerge la rappresentazione mentale, erronea, del P, rappresentazione che gli ha fatto sbagliare la terapia).

M – Spiega che non deve aspettare di mettere su 7 chili perché se no ci vuole il ricovero. Si raccomanda inoltre di rivolgersi a loro se ci sono problemi piuttosto che aspettare e stare male.

F – *“Volevo chiedere proprio se potevate farmi il piacere di ricoverarlo un pochino per “scaricarlo” perché sta troppo male, anche se prende il lasix da 500 non si scarica”*. L’atteggiamento della moglie, che sembra stia prescrivendo il ricovero, appare a modo suo direttivo, sembra che stia sempre “asserendo”, il M ne sembra un poco disturbato ma non lascia mai che traspaia il fastidio. L’atteggiamento della moglie, che sembra voler essere un po’ “protagonista” della scena, consente intanto al P di affidarsi completamente come un bambino nelle mani e della moglie e della dottoressa.

M – Chiede *“Lei beve poco vero?”*.

F – La moglie “fa la spia” e dice che beve molto. Cambia argomento e comunica che nei giorni scorsi gli sono anche venute delle macchie...

M – Verifica di nuovo con il P quali medicine sta prendendo e come. Anticipa che faranno il ricovero il prima possibile e torna a spiegare come deve prendere le medicine: quando si sta bene si tiene il dosaggio basso ma quando si aumenta di peso bisogna aumentare il diuretico, non bisogna aspettare! Al limite chiamate il centro!

La moglie è un pò “pesante”: nonostante non abbia fatto nulla per portare il marito dal medico prima che stesse così male si atteggia a quella che sta gestendo tutto e che si accorge di tutto fino al punto da generare un po’ di confusione durante la conversazione... All’ennesimo “Ti volevo chiedere anche questo dottoressa...” il M la interrompe chiedendo di aspettare “Un attimo!” per terminare ciò che sta dicendo al P. La sensazione è che il M intenda così “arginare” la moglie del P, sottolineare che è lei quella che deve essere ascoltata (pena il non riuscire a fare bene la terapia e quindi stare male come sta avvenendo ora) e che è sempre lei a decidere quale deve essere l’agenda della loro conversazione.

F – *“Come mai gli viene la nausea ma non riesce a vomitare?”*

M – Spiega che è tutto legato ai liquidi trattenuti nello stomaco.

M – (min. 9,24) Invita il P ad accomodarsi sul lettino per la visita e quando il P si scopre il ventre al M scappa l’esclamazione *“Accidenti!”* e chiosa *“Mi ha fatto predicare per niente l’altra volta!”* (lo dice sorridendo, per scherzo). Indaga il sintomo: *“Quando è iniziato l’aumento di peso?”*, *“Si è accorto di urinare meno in questi giorni?”*. Spesso è la moglie a rispondere per il P. Visita il P.

Il M, al min. 11,25, dopo aver constatato direttamente le condizioni del P e avendole trovate, probabilmente, più gravi di quanto ella stessa immaginasse, chiama in reparto per chiedere di ricoverare il suo paziente per cominciare prima possibile le terapie. Al P, al quale aveva detto poco prima che il ricovero sarebbe avvenuto presto ma a partire dall’indomani, dice (probabilmente per non allarmare) “Sta dentro oggi. Mi è venuto in mente che un posto per il ricovero ce l’abbiamo, così iniziamo presto le cure”

F – Si dice estremamente favorevole a questa soluzione. Il P invece rimane in silenzio, sembra delegare alle due donne ogni decisione che lo riguarda.

M – Riepiloga ciò che faranno nei prossimi giorni: il ricovero servirà per risolvere il problema attuale del P e per iniziare a fare gli esami di screening per l’inserimento in lista trapianti. Chiede un feedback alla fine della sua sintesi: *“Facciamo così? Avete le cose per rimanere dentro?”*... Continua a parlare

del ricovero anticipando che tra l'altro *“In occasione di questo ricovero avremo occasione di ripetere delle cose (insegnargli a gestire bene la terapia)”*.

Il P è piuttosto mogio, non parla, si vede che fa fatica a respirare e tiene le energie per sé.

M – Al min. 13,35 inizia a scrivere la lettera (o comunque a segnare gli appunti relativi alla visita). Chiede notizie degli esami del sangue che erano stati richiesti. Poiché gli esami più recenti non ci sono il M con molta disponibilità dice che *“Non fa niente, li ripeteremo qui”*. Telefona in reparto per chiedere che lo vengano a prendere in seggetta *“Non voglio che faccia tutta la strada fino al reparto”*. Mentre M aspetta che rispondano al tel. Il P e la moglie parlottano (ma non si capisce di cosa).

Al minuto 19,20 vengono a prenderlo, andrà in reparto per il ricovero.

In occasione di questa visita il P sta visibilmente peggio della volta precedente, è appoggiato sulla sedia come fosse esausto, fatica a respirare. La visita si apre con la novità costituita dalle risultanze della visita eseguita al centro trapianti a Bologna, il M aiuta il P e la moglie a comprendere il programma prospettato dai medici e lo riepiloga. Durante tutta questa conversazione il P sta in disparte, è la moglie a rispondere al M e ad interloquire con lei fino a quando il M non fa un riferimento allo stato di salute di Hamad, *“dobbiamo farlo stare meglio”*, è in questo momento che la moglie inizia a raccontare di come infatti egli sia stato male nell'ultima settimana: ha preso molto peso, fatica a respirare e a fare qualsiasi altra cosa. Il M spiega che quello che stanno dicendo è molto importante e che il peso acquisito è dovuto soltanto ai liquidi, non al cibo, e che è legato al fatto che il diuretico che Hamad sta prendendo non è più sufficiente, che avrebbe dovuto aumentarlo, così come gli era stato spiegato in occasione dell'altra visita, o che avrebbe dovuto chiamare il centro, così come erano rimasti d'accordo.

Abbiamo qui la conferma, riteniamo, di una parte della dinamica relazionale di questo caso: il P e la moglie si erano concentrati sui fastidi, sui sintomi che vivono come più disturbanti della malattia delegando completamente al M il compito di risolverli, negando al contempo la gravità della patologia che determina quegli stessi sintomi (o non comprendendo appieno tale gravità) e quindi sottovalutando l'importanza del proprio intervento e dei propri comportamenti.

La situazione a questo punto richiede un intervento più incisivo, somministrare il diuretico direttamente in vena e per questo è necessario il ricovero. La moglie chiede al M (per una questione linguistica usa il “tu”) *“Ti volevo proprio chiedere se mi fai il piacere di ricoverarlo un pochino per togliergli tutto il liquido”*. Di nuovo viene richiesta la soluzione facile praticata unilateralmente dal medico (al quale viene probabilmente attribuito un grande

potere taumaturgico) a fronte della non adeguata assunzione di farmaci e comportamenti richiesti (per leggerezza (difesa?) o più facilmente perché le indicazioni non sono sempre ben comprese nonostante l'atteggiamento "solito" che è quello di chi ha compreso bene le indicazioni e farà tutto quello che si sta dicendo).

Il malessere attuale del P sembra funzionare da leva motivazionale (bisognerebbe tuttavia avere una controprova: come si è comportato il P dopo questo episodio?), egli appare abbastanza spaventato, in ogni caso preoccupato, dalla sua patologia che non può più negare; sembra più chiaro per il P e per la moglie anche il nesso tra propri comportamenti (assunzione di liquidi e di farmaci diuretici) e sintomi: possiamo ipotizzare che da oggi in avanti il P difficilmente presterà scarsa attenzione alle indicazioni del M e che piuttosto che rischiare nuovamente l'errore chiederà all'occorrenza chiarimenti di fronte a informazioni non ben comprese. Il M sembra approfittare proprio di questa motivazione per insegnare nuovamente al P come prendersi cura di sé *"per la prossima volta tenetela presente questa cosa: prima si interviene e meglio è"* e ancora *"durante il ricovero avremo poi occasione di ripetere bene alcune cose importanti sulla terapia"*.

Questo episodio dà infine la possibilità di uscire dal non detto: il M, un po' scherzando e un po' no, dice ad un certo punto, mentre visita il P, *"Mi ha fatto predicare per niente l'altra volta"* e comunica così che le istruzioni che ella fornisce durante le visite sono molto importanti e che i disturbi di Hamad sono gravi e da non sottovalutare, tale gravità ora potrà essere trattata più esplicitamente e forse anche i timori del P (che fino ad ora non sono mai emersi) esplorati.

Il caso di Hamad

In tutte e tre le visite considerate la relazione tra il medico e questo paziente appare di tipo "paternalistico": il paziente appare spaventato o incapace di comprendere adeguatamente ciò che sta accadendo e sin dalla prima visita sembra affidarsi, quasi fosse un bambino, alle cure del medico senza tentare di comprendere meglio la natura dei disturbi o la funzione dei trattamenti. Di contro il medico, implicitamente accettando il ruolo di "genitore", adotta strategie quali il pedagogico tentativo di convincere il paziente a modificare il proprio comportamento, lo spiegare dettagliatamente e chiaramente le cose che il paziente dovrà fare in futuro... Il medico accetta, cioè, di essere l'unico attore della scena in grado di decidere quali sono gli obiettivi da perseguire: coerentemente con il modello paternalistico il medico

non indaga quelli che sono gli obiettivi (o comunque le attese) del paziente, quali i suoi dubbi o ostacoli alla cura.

Il bisogno di questo paziente sembra essere, in particolare, quello di stare meglio senza però occuparsi troppo della propria patologia (o meglio della gravità della patologia che egli sembra infatti voler in qualche modo accantonare o minimizzare). Il medico non accetta completamente questa impostazione, egli procede infatti facendosi carico della cura dei sintomi e della patologia, accogliendo le varie richieste del paziente e della moglie ma richiede al contempo da parte loro molta attenzione e soprattutto che siano loro stessi a farsi carico di importanti compiti di cura (ad esempio monitorare alcuni indicatori fisici necessari per modificare il quantitativo di farmaco, modificare alcune abitudini di vita), compiti possibili, però, solo in presenza di una adeguata consapevolezza di malattia e di un buon grado di capacità o volontà di aderenza.

Lo schema relazionale è questa volta desumibile, nella sua componente più profonda, implicita, solo dal confronto di più visite, dal confronto tra il dichiarato del paziente e le sue scelte comportamentali (la non adeguata aderenza alle prescrizioni).

- Il paziente porta soprattutto la richiesta esplicita di venir liberato dai propri disturbi fisici. Implicitamente la richiesta è che questo venga fatto senza però dover fare i conti con la patologia dalla quale egli è probabilmente spaventato: il paziente non pone mai domande sulla malattia o sulla prognosi, minimizza sintomi anche gravi, non chiede assolutamente nulla circa un intervento così importante quale il trapianto del cuore prospettato dal medico.



- A tale richiesta segue la risposta “a tono” del medico (prescrizione dei farmaci più adeguati, appena il paziente fa riferimento alla prospettiva di un intervento il medico predispone la consulenza del centro trapianti di cuore, prescrizione del farmaco per dormire quando il paziente lo richiede). La risposta del medico però tende a coinvolgere anche il paziente: questi si deve rendere conto della serietà dei propri sintomi per poter modificare la propria vita e assumere la necessaria terapia. La risposta del medico converge con la richiesta esplicita del paziente ma non con quella implicita, forse perché quest’ultima non è stata colta (sicuramente non è stata indagata) o forse perché essa non è considerata condivisibile da parte del medico: l’azione del medico va nella direzione di modificare l’atteggiamento del paziente e renderlo più consapevole della propria situazione.



- La risposta del paziente è, a livello esplicito, di adesione alle indicazioni del medico (sia il paziente che la moglie dicono sempre di aver compreso quello che il medico dice, rispondono affermativamente agli inviti del medico). A livello implicito essa appare, al contrario, di negazione della gravità della patologia e dei sintomi (ad esempio il paziente risponde di aver compreso una informazione anche se poi si evince dalla conversazione seguente che invece non l'ha realmente compresa, racconta alcune parti della propria storia con una certa approssimazione).

La conferma di questa dinamica si ha dal confronto tra le tre visite: nonostante la manifesta adesione del paziente nel corso della prima visita (durante la quale lo stile del medico era stato informativo-educativo) il paziente in seconda visita porta i segnali della sua non completa aderenza: è aumentato di peso (2/3 chili) e ha ripreso a fumare. Questo fa sì che il medico ripeta il proprio intervento informativo ed educativo con ancora più enfasi e nonostante questo il paziente, in terza visita, porta un ulteriore aumento ponderale (7 chili) ed il fatto di non avere eseguito alcuna delle cose “predicate” in caso di aumento ponderale: modificare la terapia oppure chiamare il centro per essere aiutati a modificarla.

Facendo riferimento alle indicazioni di Roter (Roter, 2000) la relazione che emerge risulta soprattutto riconducibile, secondo la definizione che di questo modello viene data, al modello “paternalistico”; la relazione risulta infatti confinata entro lo spazio della dimensione biomedica (patologia-protocollo terapeutico), il medico è il decisore che propone al paziente le soluzioni che ritiene più adatte, l'obiettivo che si pone è centrato esclusivamente sulla cura più adeguata della patologia.

La relazione risulta scandita, ci sembra di poter affermare, in termini di “unidirezionalità omeostatica”: sia il paziente che il medico portano avanti i propri “piani”, agiscono secondo i propri obiettivi (tra l'altro in contrasto tra loro) senza che essi vengano indagati o condivisi, la relazione appare così scandita da ripetuti tentativi, sia dell'uno che dell'altro, di controllare unidirezionalmente la relazione (il paziente cerca di stare meglio senza però fare tutto ciò che dice il medico e il medico cerca di far ascoltare qualcosa al paziente che questi non vuole invece sentire). Per entrambi sembra essere in gioco, più che il potere sulla relazione, la necessità di un riconoscimento da parte dell'altro: il paziente ha bisogno che venga riconosciuto e accettato il suo profondo timore della malattia, il medico che gli venga riconosciuto il ruolo di esperto da ascoltare e al quale ubbidire.

Il fatto che gli eventi non siano favorevoli al paziente e che i sintomi non migliorino con il passare del tempo contribuisce, infine, a far evolvere la relazione verso la sempre più chiara dipendenza del paziente dal medico e soprattutto verso la progressiva accettazione della natura della malattia che il paziente sta affrontando e del ruolo di esperto del medico.

Il caso n. 3: il sig. Giorgio – “Perché sto male? Mi fa guarire?”

Profilo del paziente. Il P è un signore affabile, disponibile al dialogo e simpatico. Ha quasi 70 anni e si rivolge al M perché ormai da molto tempo (alcuni mesi) fatica a respirare, da settimane infatti non riesce a dormire in posizione sdraiata. Ha soprattutto il desiderio di capire cosa lo ha portato ad avere questi disturbi e come essi si possano risolvere.

La prima visita

La prima visita, che risale al 19.5.07, dura 38 minuti ed esita nel ricovero di Giorgio in reparto per trattare nel miglior modo il grosso disturbo che lo ha portato a questa consultazione. Si è presentato da solo alla visita medica. Sono presenti, oltre al medico, due specializzande e un tecnico.

P – Dopo le presentazioni chiede con vivacità “*Allora, sono io che devo parlare?*”.

M – “*Sì, vogliamo sapere qualcosa di lei*”. Prende dal P i documenti sanitari riguardanti precedenti esami e ricoveri e mentre legge i vari referti ascolta la storia del P.

P – Si dice molto preoccupato, denuncia il proprio malessere legato soprattutto al fatto che da almeno sei mesi dorme “*sopra una sedia*” perché non respira bene, gli manca il fiato. Racconta che era già stato ricoverato e che dopo la dimissione dall’ospedale aveva avuto un infarto.

Inizia (al min. 5 circa) l’esame obiettivo (ECG, rilevazione pressione ed ecografia).

M – Mentre viene condotto l’esame riepiloga un po’ i dati che è riuscita a ricostruire circa i ricoveri e le cure effettuate sino a d ora... “*E adesso come sta?*”. Ogni tanto pone domande (sempre sui sintomi, sulla malattia e sulle terapie): “*Quali medicine prende?*”, “*A quando risalgono gli esami?*”, “*Ha fatto gli esami della tiroide?*”

Ad un certo punto della visita emerge un timore del P nella forma strana dello scherzo: quando il M chiede “Quanti anni ha Giorgio?” lui risponde in tono scherzoso con una domanda “67... E’ ora di morire?” e il M, sorridendo con il P, “No, no”.

M – Per verificare la propria comprensione riepiloga (è una tecnica che questo M utilizza molto) la vicenda del P: ha iniziato a stare male dopo l'infarto, sempre un po' peggio...

P – *“E' i mio cuore quello lì?”* (M aveva messo l'audio all'ecografo e si era sentito il battito). *“Sì”*.

M – Sottopone ad ecografia anche i polmoni e intanto commenta con le specializzande. Il P comprende e domanda se c'è acqua nei polmoni. Il M conferma, senza allarme, c'è liquido da tutte e due le parti. Il P usa un'espressione che può apparire anche scherzosa: *“Ma l'avevo appena svuotata la cisterna!”*, il M coglie l'invito del P e prosegue sullo stesso tono: *“E' una cisterna che tende a riempirsi”*.

P – *“Come facciamo?”* questa volta non è per scherzare, il P chiede se il suo è un problema curabile o meno.

M – *“Adesso ne parliamo”*. Anticipa in questo modo che appena finita l'ecografia si fermeranno a parlare, che al colloquio dedicheranno un tempo diverso da quello dell'esame. Intanto termina anche l'ecografia (min. 15.40), il M aiuta il P a pulirsi dal gel con un movimento che sembra un po' un massaggio. Lo invita quindi a vestirsi e a sedersi per, appunto, parlare un po'.

M – Dopo che si sono seduti chiede che cosa precisamente il P conosca della sua patologia *“Cosa le hanno spiegato?”*. La rappresentazione del P è che il suo cuore produce acqua che invece di andare ad accumularsi nei piedi tende ad andare nei polmoni. E' da qui che il M parte per fornire le informazioni al P: *“Allora, da dove nasce il problema?”* e spiega che dopo l'infarto il cuore ha ridotto la sua capacità e quindi il corpo trattiene i liquidi, per questo i medici gli hanno prescritto i diuretici che, però, vanno testati fino a capire qual è la dose giusta per lui. Anche gli altri farmaci servono per aiutare il cuore. Il M passa poi a spiegare il funzionamento dell'ambulatorio, la loro modalità di presa in carico e mostra la disponibilità del personale nei confronti del P. Infine propone al P di rimanere in ospedale per un breve ricovero che avrà lo scopo di risolvere rapidamente il problema dell'acqua nei polmoni. *“Lei è d'accordo?”*

P – E' subito d'accordo, si affida al medico da subito (si conoscono da poco più di venti minuti)

M – Dà anche alcune indicazioni che il P dovrà seguire una volta dimesso (pesarsi tutti i giorni, bere pochissimo, seguire fedelmente la nuova terapia che verrà fornita). Raccoglie alcuni altri elementi della storia del P attraverso domande mediche soprattutto chiuse: *“Che lavoro faceva?”*, *“Fumava?”*, *“Aveva la pressione alta?”*

M – *“Ci sono cose che vuole sapere?”*: offrendo al P di fare domande il M lascia a questi in parte la guida di una parte del colloquio.

P – Si lamenta del fatto che il suo medico non avesse compreso e non avesse affrontato adeguatamente i suoi problemi...

M – Rassicura il P circa il fatto che se pure non sarà possibile guarire le cicatrici dell'infarto sarà però possibile migliorare la qualità della vita.

P – Svela una parte della sua biografia informando il M di essere diventato nonno da poco e dichiarando di volere stare ancora qualche anno con il nipote, non *“dentro e fuori dall'ospedale”*.

M – Utilizza questo spunto per tornare a spiegare meglio al P.

P – Chiede poi del ricovero, se sarà in questo reparto di cardiologia. Ricorda che quando era stato qui in passato era stato piuttosto male e aveva iniziato a “sragionare”, lo racconta ridendo (ad es. diceva a coloro che entravano in camera sua, medici inclusi, che avrebbe lanciato loro una bomba...).

M – Scherza con il P su questo episodio (continuano a scendere sul personale, sullo scherzo).

P – Porta soprattutto a questo punto la sua preoccupazione per l’organizzazione del ricovero, lui vorrebbe andare a casa a prendere le sue cose. Il M insiste perché si fermi adesso, penseranno i figli questa sera a portargli le sue cose...

La visita termina senza particolari saluti perché il P esce per andare in reparto per iniziare il ricovero.

Anche in occasione di questa prima visita vengono fatte prima di tutto le presentazioni alle quali segue l’esame obiettivo (sempre molto lungo e accurato) che inizia al min. 3.30 con l’ECG, seguito da Ecocardiogramma, rilevazione della pressione e auscultazione fino al min.15.45 (12 minuti). Le informazioni desunte dagli esami e dalla visita vengono poi integrate con le informazioni provenienti dall’anamnesi, che viene realizzata sempre tramite una tranquilla conversazione, con contemporanea analisi della documentazione. A questa fase seguono le spiegazioni dei sintomi, della malattia, e l’indicazione delle terapie che il P dovrà fare.

Il P soffre molto, ripete molte volte che negli ultimi tempi non può dormire se non su una sedia nonostante che recentemente sia stato anche ricoverato in ospedale. Implicitamente chiede che i medici possano farsi carico del suo malessere e farlo stare rapidamente meglio. Un altro messaggio proveniente dal P è che gli altri medici consultati fino a quel momento non lo hanno aiutato e che nonostante tanti consulti e tanti interventi non ha ancora risolto il suo problema (questo lo sta forse convincendo di essere molto grave: un po’ scherzando e un po’ no egli chiede infatti ad un certo punto durante l’esame: “E’ ora di morire?” o ancora, alla fine della visita, “Vorrei passare qualche altro anno con il mio nipotino”).

Lo schema relazionale in questa coppia sembra ruotare attorno al tema dei sintomi: il messaggio del P è un segnale per il M: “Sto male, ho bisogno di stare meglio” → il M tende a cogliere sistematicamente questo segnale non tanto attraverso tecniche di tipo “socioemotivo” (legittimazione, indagine del vissuto del P) quanto attraverso le conversazioni sui sintomi e gli interventi da adottare, la risposta è del tipo “Cerchiamo di fare la diagnosi migliore e la terapia migliore, per farlo ho bisogno della sua collaborazione” → il P sembra soddisfatto da questo genere di risposte (lo sarà ancora di più in occasione della seconda visita, una volta visti i risultati delle terapie) e offre una immediata e completa adesione a quelle che sono le indicazioni del M di cui sembra fidarsi da subito molto.

Lo schema è ripetuto più volte:

- all’inizio (min. 3) quando il P racconta dei suoi sintomi (“*E’ stata una brutta partenza... dopo che sono stato dimesso dall’ospedale ho avuto un infarto...*”, “*Sono sei mesi che dormo sopra una sedia...*”)
- Al minuto 7,18 quando racconta quello gli hanno detto dopo l’ultimo ricovero (“*Continuavano a dire che è l’acqua nei polmoni*”) dopo il quale non è stato affatto meglio, anzi, non è più riuscito a dormire. Il M comincia ad indagare dettagliatamente e accuratamente sintomi, farmaci, abitudini...
- Al min. 12,23, dopo che il M ha chiesto la sua età lui chiede “*E’ ora di morire?*”. Anche dopo questa domanda il M, dopo aver detto un “*No, cosa dice?*” prosegue con l’indagine circa il *disease*.
- Al min. 15,15 il P mostra la sua preoccupazione: “*C’è acqua nei polmoni?*”, “*Ma come? Avevamo appena svuotato la cisterna!*”, “*Come facciamo?*”. Il M risponde: “*Adesso ne parliamo di cosa possiamo fare!*”
- Soprattutto al min. 17, quando il P inizia a raccontare quello che gli hanno spiegato del suo problema, emergono diverse lamentele circa i suoi disturbi, come ad esempio il fatto che in questo periodo non riesca a dormire e a respirare, e viene segnalato il profondo malessere del P. Il M comincia quindi a spiegare in cosa consiste precisamente il disturbo di cui il P soffre e come ha intenzione di aggredirlo. Il P ascolta con molta attenzione per tutto il tempo. E’ in questa fase (che dura fino al min. 26,30) che il M concentra le spiegazioni e le informazioni calibrate sulle esigenze che sono emerse più e più volte, nel frattempo, dal P.
- Al min. 30,30 il P ribadisce di aver bisogno di saltarci fuori, “*Se no viene voglia di buttarsi dalla finestra*”, gli altri medici non hanno saputo risolvere il problema, ma la situazione (il dolore) è difficile da sopportare... Il M spiega che non potranno risolvere il problema ma ci sono buoni margini, facendo le cose che sono state proposte, per vivere con una buona qualità di vita.

Il M sta, come al solito, sul *disease*, per tutta la visita indaga accuratamente le vicissitudini mediche del P e i farmaci che egli ha assunto e assume. Anche le indicazioni che il M fornisce sono dettagliate e precise ma sempre riferite al *disease*.

Il P sembra soddisfatto delle risposte del M, anzi sembra lui ad invitare il M in conversazioni centrate sul *disease* mostrando così una grande apertura e disponibilità verso il M. A questo si aggiunge, dal punto di vista relazionale, che questo P risulta essere una persona simpatica che in qualche occasione scherza e mostra di aver preso con spirito le sue vicissitudini. Anche il M, verso la fine della visita, scherza con il P a proposito di un episodio di confusione da cui era stato colpito in occasione di un ricovero precedente... Il clima piacevole che si è creato si confermerà anche nelle visite successive.

La seconda visita

La seconda visita avviene il 31.05.07, dopo tre settimane dalla prima, e dura 19 minuti. Il P è sempre solo. Questa volta non sono presenti le specializzande. E' presente, invece, il tecnico.

M – Accoglie il P con una domanda molto colloquiale, quasi amichevole “*Come andiamo?*”. “*Molto bene*” è la risposta del P. Convengono per aprire il loro incontro che subito entra nel vivo: il M fa spogliare il P per la visita.

L'esame obiettivo è quasi sempre la prima cosa che viene fatta in questo ambulatorio, prima ad es. della raccolta della storia del P. L'esame inizia al minuto 1.05.

M – Durante l'esame inizia a conversare con il P. Riepiloga quello che è stato fatto durante il ricovero (che è durato qualche giorno): si è risolto il problema dell'acqua nei polmoni ed è stato posizionato un *pacemaker*. M controlla con l'ecografia che non ci sia liquido nei polmoni e controlla il funzionamento del cuore. E' già in questa fase che il M premette che oggi dovranno fare un discorso molto delicato.

La visita prosegue con la rilevazione della pressione e termina al minuto 5.

M – Inizia a prospettare al P il piano terapeutico che dovrà seguire in futuro: adesso che il P sta bene dovrà iniziare ad assumere dei farmaci che inizialmente potrebbero farlo stare un po' male ma che poi, nel prossimo futuro, daranno dei grossi vantaggi. Chiede al P se sia d'accordo a questo proposito.

P – “*Va bene, se lo dice lei...*”. Il P si fida del M e accetta la prospettiva di non stare molto bene inizialmente assumendo il nuovo farmaco in virtù dei vantaggi che gli deriveranno.

M fa sedere il P per parlare più comodamente. Entra una delle specializzande e per qualche minuto i due medici discutono tra loro per decidere lo schema dei farmaci da adottare.

M – Riporta al P (min. 9.50) quanto deciso con la collega: “*Iniziamo quel farmaco di cui abbiamo parlato al dosaggio minimo, poi vedremo come va, se andrà bene aumenteremo gradualmente. Lei intanto continui a pesarsi regolarmente*”. Prosegue dando indicazioni circa un ulteriore farmaco che il P sta prendendo.

P – Comunica che in questo periodo non ha avuto bisogno dell'ansiolitico per dormire come invece accadeva prima.

M – *“Ci sono cose che vuole sapere?”* (min. 12.45). Anche questa volta il M si avvia alla conclusione della visita offrendo al P la possibilità di fare domande e facendo sì che egli possa andarsene solo dopo aver chiesto tutto quanto lo interessi.

Per alcuni minuti (da min. 13 a min. 15.20, il tempo della scrittura della lettera) M e P conversano e pendono accordi a proposito dei prossimi appuntamenti, riepilogano alcuni degli aspetti importanti per la patologia e la sua gestione, il M ad es. “interroga” il P: “Quanto deve bere al giorno? Se lo ricorda?”, il P risponde correttamente “Sì, un litro”.

P – Si chiede, e chiede al M, come sia stato possibile che nei mesi precedenti non siano bastati tre ricoveri, ad altri medici, per porre correttamente la diagnosi e soprattutto per iniziare il giusto trattamento. Quella del P appare più come una domanda retorica, l'espressione del proprio disappunto e forse implicitamente un complimento al M per il fatto di essere stata l'unica ad avere capito e ad avere risolto il suo problema.

M – Giustifica come sono andate le cose: era una diagnosi difficile ma soprattutto la terapia va individuata gradualmente per tentativi ed errori *“Noi eravamo avvantaggiati”*.

Entra il tecnico che assegna un prossimo appuntamento del P. Tecnico e P si scambiano convenevoli, gentilezze e battute. Il tecnico accidentalmente si accorge anche del fatto che il P ha la ferita chirurgica da disinfettare e pulire (tra l'altro la ferita risulta fastidiosa per il P) e si offre di sistemarla.

P – Rimanda il suo apprezzamento *“Che infermiera brava!”*

Al minuto 19.10, dopo un brevissimo riepilogo del M, il P saluta e esce dall'ambulatorio.

Anche questo incontro inizia con gli esami e la visita (che sono sempre molto rilevanti in questo ambulatorio). Il P riferisce di stare molto meglio (parla sempre dell'aspetto biomedico): finalmente riesce a dormire. La risposta soddisfatta del M: *“Si vede che il dosaggio di diuretico è giusto”*.

Sembra confermato lo schema relazionale individuato in occasione della prima visita: il disagio del P ha attivato il M che ha avviato una precisa conversazione sui sintomi del P; la risoluzione dei sintomi ha naturalmente sollevato il P e lo ha reso soddisfatto anche della relazione con il M.

Al min. 5 il M introduce la necessità di fare un discorso *“molto delicato”* e il P conferma il solito schema *“Solo che sia per stare bene”*, e il M *“Eh, proprio per questo è delicato”*: il M ha compreso bene che il movente per Giorgio è il bisogno di stare bene, l'allontanarsi il più possibile dai sintomi, e teme che l'introduzione dei farmaci betabloccanti (che inizialmente danno malessere soggettivo al P) possano indurre Giorgio ad abbandonare la terapia con

conseguente peggioramento del suo disturbo. La fiducia però ormai è stabilita: il P risponde che *“Se lo dice lei, lo faccio”*: il successo relazionale sembra essere legato, in questo caso, al fatto che il M è riuscito a far stare meglio il P, a risolvere il suo problema. La fiducia si basa su questo successo: seguire le indicazioni di questo M, in generale, è utile.

Ha avuto successo anche il tentativo di includere il P nella cura, le risposte del P fanno comprendere che si sente responsabile dei comportamenti da tenere per stare bene: pesarsi quotidianamente, eseguire precisamente la terapia, introdurre pochi liquidi con la dieta...

La visita di follow-up

La terza visita dura 15 minuti e 30 e avviene dopo due settimane dalla seconda, il 14.06.07. Giorgio si presenta solo, come sempre. Sono presenti alla visita il M, una specializzanda e il tecnico.

M – Si informa subito su come è andata nelle scorse settimane, dopo l’inizio del nuovo farmaco.

P – Il P comunica che è andata benissimo, non ha sofferto in seguito all’introduzione del nuovo farmaco. Anche il medico se ne compiace molto.

Si scopre però subito che il P ha sbagliato ad assumere la terapia, ha sostituito il nuovo farmaco ad un altro che stava assumendo anziché aggiungerlo. Il M controlla sulla lettera e mostra come le indicazioni fossero chiare e soprattutto come in realtà avrebbe dovuto e dovrà fare con le medicine. Spiega che i due farmaci (due di un lungo elenco) non sono in alternativa ma si sommano.

M – Continua a fare il quadro con il P delle sue condizioni: *“La ferita si è rimarginata...”, “E con il respiro come andiamo?”, “Riesce a riposare?”*.

P – Va tutto bene, risponde affermativamente alle domande, scherza anche sul fatto che non fa altro che dormire e con lui scherzano il M ed il tecnico *“E’ rilassato, sta recuperando il sonno perduto”*.

Al min. 1.40 il P si sdraia per fare l’ECG. Intanto il M ne ausculta il battito e raccoglie ulteriori informazioni “Fa attività fisica?”, “Sì, cammino e faccio della ciclette”, “Non è aumentato di peso?”, “Le gambe non si gonfiano?”...

P – Al min. 3.15 introduce un altro argomento nella conversazione, non è collegato a ciò di cui si parlava, forse aveva già pensato di parlarne al M: chiede se vale la pena che lui vada a sentire anche il parere del medico da cui era seguito prima.

M – Risponde che forse non ha molto senso perché è possibile che professionisti diversi abbiano approcci diversi. Forse è più utile per il P scegliere se essere seguito da un centro o da un altro (tutta la conversazione avviene con il P a torso nudo sul lettino anche se non si stanno effettuando visite). Il M

dà la propria disponibilità a parlare con il medico che prima seguiva Giorgio (il P si sta ponendo un dilemma di lealtà o fedeltà?).

Data la particolarità del periodo dell'anno in cui ci si trova (sta per iniziare il periodo caldo) il M decide di fare un intervento "educativo" sulle terapie del P: spiega che sudare comporta la perdita di liquidi (è come urinare) e che quindi il P potrà, piuttosto che bere di più, ridurre il diuretico... Il P è chiamato a monitorare la propria situazione e a decidere se e quando aumentare o diminuire il farmaco. Il P è chiamato ad essere estremamente collaborativo con i medici e il M deve far comprendere bene i meccanismi di funzionamento dei farmaci. (Proprio con questo P abbiamo visto quali possono essere gli effetti di un banale misunderstanding: la scorretta assunzione dei farmaci.) Il M dà la disponibilità del Centro, oppure Giorgio può rivolgersi al suo medico, per le occasioni in cui ci fossero dubbi o la necessità di modificare la terapia (fino al min. 9.45).

M – Una frase del P mette in allarme il M (min. 10) che torna ad "interrogare" il P: "Quanto beve di solito?" e torna a spiegare a Giorgio che deve bere poco e che quando si ha sete è preferibile ridurre il diuretico piuttosto che bere di più.

Al min. 11 il P si riveste. Negli ultimi minuti della visita il P è in piedi e aspetta mentre le dottoresse discutono tra loro, gli assegnano il prossimo appuntamento e scrivono la lettera.

M – Autorizza il P ad andare in vacanza, consegna la lettera, dà il prossimo appuntamento, riepilogando lo schema terapeutico concordato.

P – Prima di andare chiede rassicurazioni a proposito del *pacemaker*: "Con il *pacemaker* posso passare dalle porte scorrevoli? Mi hanno detto di no..."

M – Gli spiega bene, insieme al tecnico, che non si tratta delle porte scorrevoli ma dei campi magnetici e che al massimo potrebbe far suonare l'allarme...

P – "Però non si muore, vero?"

Si salutano in un clima allegro, stringendosi la mano: si vedranno dopo l'estate.

Sin dall'inizio il clima della visita è disteso, allegro. Il P sta bene ed è molto soddisfatto per questo. Anche il M appare molto soddisfatto di come stanno andando le cose e anche del rapporto che si è instaurato con il P. Tanto è vero che anche a fronte ad un errore nell'assunzione di un farmaco il P quasi scherzando dice "Devo essermi sbagliato io", e il M risponde "Ops!" e senza rimproverare il P torna a motivare la scelta compiuta (continuare quel farmaco) e a spiegare come assumere la terapia.

Gli interventi del M vanno nella direzione di verificare se il P ha compreso bene come deve agire per stare bene e di ribadire, ripetere, le indicazioni perché il P possa poi eseguirle adeguatamente (ad esempio fare movimento, il solito assumere pochi liquidi, ridurre il diuretico a fronte di un aumento nella sudorazione...).

La collaborazione tra questo M e questo P è molto intensa ed efficace e così è anche per ciò che riguarda la soddisfazione di M e P per la loro relazione (che li porta anche a scherzare su un paio di aspetti, ad esempio la possibilità di far suonare, con il suo *pacemaker*, l'allarme della banca).

Il caso di Giorgio

Il caso di Giorgio, nell'articolazione di questi primi tre incontri, appare come un caso in cui il medico e il paziente collaborano adeguatamente ognuno con la propria *expertise*: il paziente porta il suo vissuto al medico (è molto sofferente e sta cercando qualcuno che possa aiutarlo) e il medico tiene conto di tale vissuto nei propri interventi che sono da "esperto dell'insufficienza cardiaca". A sua volta il paziente tiene conto delle indicazioni del medico che egli sa essere in grado di farlo stare meglio. Ad esempio una delle difficoltà principali del paziente è che egli non riesce a dormire per le difficoltà nel respirare, il medico tiene conto proprio di questo sintomo per spiegare la terapia (infatti non usa prioritariamente il cuore quale metafora, ma i polmoni, per spiegare la malattia e la necessità ed il meccanismo di funzionamento dei trattamenti). Nella prima visita la fiducia del paziente sembra costruirsi proprio attorno al fatto che il medico "coglie" il suo lamento, la sua sofferenza e non la liquida con leggerezza ma mostra piuttosto di occuparsene e di avere le competenze per farlo: l'occuparsi del *disease*, il rimanere su questo livello della conversazione (ciò di cui il paziente mostra di essere preoccupato), crea nel paziente la fiducia che poi, in seconda e terza visita (quando i sintomi sono fondamentalmente risolti e il benessere del paziente ristabilito), viene confermata. Questa modalità sembra portare molta soddisfazione ad entrambi. Il fatto che il disturbo si sia risolto e che le cose stiano andando bene certamente aiuta la soddisfazione per la relazione.

Ancora una volta il rapporto si è costruito senza però che le conversazioni vertessero sul versante "personale", senza che il medico si facesse esplicitamente carico delle emozioni o delle preoccupazioni del paziente di cui, infatti, non si è mai parlato esplicitamente.

Facendo riferimento alle indicazioni di Roter (Roter, 2000) la relazione che emerge risulta soprattutto riconducibile, secondo la definizione che di questo modello viene data, al modello "paternalistico"; la relazione risulta infatti confinata entro lo spazio della dimensione

biomedica (patologia-protocollo terapeutico), il medico è il decisore che propone al paziente le soluzioni che ritiene più adatte, l'obiettivo che si pone è centrato esclusivamente sulla cura più adeguata della patologia.

La relazione risulta tuttavia scandita in termini di "reciprocità costruttiva" che si esprime cioè attraverso azioni di medico e paziente che coordinandosi si riconoscono e si accettano vicendevolmente, istituendo le premesse necessarie all'attivazione di una dinamica attraverso cui diventa possibile per ognuno dei partecipanti trovare gli spazi necessari e utili al raggiungimento dei propri obiettivi e alla soddisfazione dei propri bisogni. La *disease centredness* appare essere infatti un'esigenza primariamente del paziente che costruisce con il medico proprio il rendere legittima e anzi prioritaria la focalizzazione sui sintomi: è basato su questa centratura sul sintomo anche l'invito del medico all'aderenza terapeutica, invito colto dal paziente con soddisfazione di entrambi gli attori.

Lo schema relazionale in questa coppia sembra pertanto ruotare attorno al tema dei sintomi:

- il messaggio del paziente è un segnale per il medico: *“Sto male, ho bisogno di stare meglio, si occupi dei miei sintomi”*
- ↓
- il medico tende a cogliere sistematicamente questo segnale non tanto attraverso tecniche di tipo “socioemotivo” (legittimazione, indagine del vissuto del paziente) quanto attraverso le conversazioni sui sintomi e gli interventi da adottare, la risposta è del tipo *“Cerchiamo di fare la diagnosi migliore e la terapia migliore, per farlo ho bisogno della sua collaborazione”*
- ↓
- il paziente, soddisfatto da questo genere di risposte, offre un'immediata e completa adesione a quelle che sono le indicazioni del medico di cui sembra fidarsi da subito molto.

Forse una sostanziale vicinanza, se non completa coincidenza, degli obiettivi e delle aspettative di medico e paziente sin dall'inizio, prima ancora dell'ingresso in ambulatorio da parte del paziente, può aver reso così “efficace” e “gradevole”, “facile”, questa relazione: ad

ogni invito da parte di uno degli attori è sempre corrisposta l'accettazione e adesione dell'altro e ciò sembra aver reso meno problematica la negoziazione di obiettivi e piani.

Un ulteriore elemento da considerare è anche l'andamento del caso dal punto di vista biomedico, il subitaneo miglioramento delle condizioni del paziente ed il suo riacquisito benessere hanno certamente favorito la costruzione di una relazione positiva tra medico e paziente che ha potuto giocare molto a questo livello piuttosto che dovere "recuperare" a livello relazionale.

I casi della cardiologia

Nel caso della cardiologia sono rilevabili alcune specificità che influiscono sulla relazione tra medico e paziente in modo peculiare. In primo luogo l'esame obiettivo e strumentale ha, in questo ambulatorio, una notevole rilevanza e spazio (soprattutto in prima visita), è quasi sempre la prima cosa che viene eseguita in questo ambulatorio, prima ad esempio della raccolta della storia del paziente. In cardiologia gli esami specifici costituiti dall'ecografia e dall'elettrocardiogramma assumono una centralità che non hanno analoghi nelle altre due specialità considerate.

In secondo luogo il tipo di patologia richiede un grande coinvolgimento del paziente (il contrario dell'affidarsi al chirurgo) che quindi ha bisogno di comprendere bene cosa gli stia accadendo (senza poter avere la medesima rappresentazione che il medico ha di quelli che sono il meccanismo della malattia, il significato dei vari disturbi, le conseguenze della non aderenza alle terapie) e di negoziare obiettivi e impegni con il medico.

Soprattutto questo secondo aspetto ha inciso notevolmente nei nostri tre casi: le terapie difficili e complicate da ricordare hanno messo in difficoltà tutti e tre i pazienti (Giorgio si è sbagliato dopo la seconda visita e non ha preso un farmaco che invece avrebbe dovuto prendere, Barbara dice di aver dovuto fare uno schema per poter capire e ricordare le medicine da prendere e quando prenderle, Hamad non è riuscito a fare precisamente tutto quello che il medico aveva detto di fare ed è stato rapidamente peggio). Il rischio di errore è dunque concreto e non è solo un timore del medico. La strategia del medico diviene quindi quella di spiegare a lungo e di riepilogare spesso.

I tre pazienti differiscono tra loro per molti aspetti così come anche i casi clinici, uno è un disturbo abbastanza banale mentre gli altri due sono più seri. Barbara sopravvaluta i propri

disturbi e chiede di essere presa sul serio, per questo spiega, spiega... ad Hamad, che sottovaluta eccessivamente i propri disturbi, vanno letteralmente tirate fuori le parole dalla bocca. Giorgio risponde benissimo al trattamento e rapidamente migliora le proprie condizioni, Hamad peggiora progressivamente e piuttosto rapidamente... Nonostante questo lo stile del medico è comunque sempre informativo (coerentemente con la natura dell'ambulatorio e degli obiettivi precipi della gestione dello scompenso) e solo in minima parte tale stile viene modificato dal fatto di avere di fronte un paziente o un altro. Questo fa fare molta più fatica al medico che infatti, in occasione di ogni visita, tende a parlare e a spiegare moltissimo.

Un suo punto di forza, quello che rende le visite soddisfacenti per il paziente è la grande disponibilità del medico che si prodiga molto per tutti e tre i pazienti, mostra loro che tiene molto a che si giunga ad una diagnosi accurata che farà sì che si imposti un trattamento efficace. Questo atteggiamento tuttavia non è "mirato", non è "responsive", esso risponde piuttosto ad un obiettivo del medico, implicito (giungere appunto ad una diagnosi corretta e mantenere compensata l'insufficienza d'organo). Nei tre casi che abbiamo analizzato questo atteggiamento ha avuto effetti diversi: è stato molto efficace nel caso di Giorgio, nel quale gli obiettivi del medico e del paziente praticamente coincidevano; è stato utile nel caso di Barbara non perché alla paziente interessasse una diagnosi corretta ma perché vi era il bisogno che le si dedicasse molta attenzione, che venisse molto ascoltata e presa seriamente (la paziente appare infatti meno soddisfatta in seconda e terza visita, con diagnosi e terapia corrette ma meno ascoltata dal medico); quasi nessun effetto ha sortito tale atteggiamento nel caso di Hamad i cui obiettivi erano probabilmente ancora troppo lontani da quelli del medico: in questo caso è stato necessario effettuare un passaggio intermedio, rendere il paziente più consapevole della gravità della propria malattia, per poterlo interessare finalmente alla diagnosi e alla terapia.

Infine, questo è l'unico ambulatorio in cui i pazienti (due su tre) si sono presentati alla prima visita non accompagnati. E' possibile che questa patologia, l'insufficienza cardiaca, patologia di per sé molto grave e in sostanza non curabile, faccia tuttavia meno paura del cancro, e che questa visita venga vissuta come più "normale". O, ancora, che la visita in questo ambulatorio giunga dopo una serie di altre visite cardiologiche, lunghe storie di esami e prescrizioni e che quindi i pazienti siano semplicemente più abituati al fatto di sottoporsi ad una visita medica e a discutere con i medici, come se vi fosse una "formazione" al "mestiere di paziente" che può contribuire a modificare anche la relazione e la comunicazione tra medico e paziente.

3) Le visite mediche chirurgiche

Ricostruzione del contesto

Il contesto in cui sono avvenute le rilevazioni è un *reparto di chirurgia generale* i cui operatori praticano una molteplicità e varietà di interventi. La maggior parte dell'attività avviene in degenza piuttosto che in ambulatorio e il ritmo dell'attività è fortemente influenzato dalla turnazione in sala operatoria: l'atto chirurgico – che non è oggetto delle nostre rilevazioni – è protagonista delle conversazioni e dell'identità stessa del chirurgo.

Profilo del medico. Il M è un chirurgo con molti anni di esperienza (più di 20 anni). La peculiarità in questo caso è che si tratta del direttore del reparto in cui è stata svolta la rilevazione. I pazienti gli vengono generalmente indirizzati direttamente dagli altri specialisti e nutrono spesso grandi aspettative su di lui a cui riconoscono grande esperienza e capacità. E' professore universitario e questo sembra conferire alla sua figura un ulteriore grado di autorevolezza agli occhi dei pazienti.

Il caso n. 1: il signor Renzo – “Il professore dal volto umano”

Profilo del paziente. Il P è un uomo di 72 anni, inviato all'attenzione del chirurgo dal suo medico di famiglia dopo che questi aveva prima prescritto e poi visionato una colonscopia che ha rivelato la presenza di una neoformazione (definita dal chirurgo “un grosso polipo”) che è consigliabile asportare. Il P è un uomo corpulento e affabile, appare come una persona portata ad agire piuttosto che a parlare, grande lavoratore. E' accompagnato dalla sua famiglia (moglie e figlia) che l'aiuta ad interloquire con il professore.

La prima visita

La prima visita risale al 7.2.07, avviene nello studio del M e dura circa 26 minuti. Il P viene accompagnato da moglie e figlia.

M – E’ il M a gestire tutta la fase di accoglienza della visita: fa accomodare la figlia (per la quale non era stata predisposta una sedia) e commenta la presenza della videocamera. Apre rivolgendosi alla moglie “La paziente deve essere lei...”: M non ricorda chi è il suo paziente, tuttavia nessuno sembra farci caso, semplicemente spiegano che invece il P è Renzo, il marito.

M – Mentre apre la lettera del medico curante chiede da dove venga il paziente e subito fa riferimento ad una istituzione tipica di quel paese (la Partecipanza). E’ come se con questa conversazione il M andasse sul loro terreno mostrando di conoscere il loro ambiente.

M – M raccoglie informazioni: legge la lettera del medico inviante (la lettera è ancora sigillata, loro non l’avevano letta) e gli esami che il P ha portato. Intervista il P sui sintomi e più in generale raccoglie l’anamnesi: Quali sono stati i disturbi? Altre malattie? Altri ricoveri? Chi è che l’aveva operato nel passato?

P – Descrive i sintomi abbastanza accuratamente e con l’aiuto della moglie ricorda chi fu il vecchio chirurgo che operò il paziente oltre 40 anni fa e che M conosce: “E’ stato il mio maestro!”. Anche questo intervento sembra avere lo scopo per il M di portarsi più vicino al P, di segnalare che esistono ambiti o conoscenze che li accomunano.

(Suona il telefono, il medico si scusa prima di rispondere e si scusa di nuovo alla fine della telefonata)

M – Continua a raccogliere informazioni sul *disease*: Prende delle medicine? Altri disturbi particolari? Il P descrive disturbi e farmaci a tono con le domande del M.

M – Si interessa del lavoro del P (che è pensionato ma che prima della pensione lavorava in FIAT a Modena): il commento di M è, ancora una volta, rivolto ad aspetti “sociali” e non medici, parla del vecchio direttore, una conoscenza comune anche in quel contesto.

M – “Va bene. Allora...” e apre una nuova fase della visita, inizia a dare informazioni: qui c’è un polipo dell’intestino; ci vuole un intervento relativamente impegnativo; il polipo, dai risultati dell’esame istologico è degenerato, però sembra una degenerazione superficiale; bisognerà toglierlo per capire la diffusione; faremo una TAC per vedere in giro “come è messo”, la situazione sembra favorevole.

La transizione a questa fase dalla precedente si comprende già dalla breve pausa e dal “va bene”, il tono del medico segna una differenza. M fa un disegno dell’intestino e dell’intervento e questo dà concretezza a quello che si sta dicendo. M non ci gira molto attorno, è chiaro, sintetico e diretto, mentre parla guarda P. Il P fa un cenno della testa come a dire “ho capito”, le due donne ascoltano, hanno la mano sulla bocca, sembrano preoccupate.

P – Discute con M le informazioni ricevute, ad es. chiede se è possibile intervenire endoscopicamente.

M – Spiega perché non è possibile e descrive l’intervento che invece ritiene di proporre.

P – Riassume il contenuto del colloquio forse cercando un’ultima possibilità di rinviare l’intervento o di essere rassicurato: “In buona sostanza lei dice che è meglio operare”.

M – Sì.

P – Fa un gesto eloquente con le mani che esprime rabbia mista a rassegnazione.

Il P e la figlia cominciano quindi a chiedere informazioni sull'impatto che l'intervento può avere sulla qualità della vita, sulla eventuale necessità di una colostomia, sui tempi necessari per il ricovero, sui tempi della degenza.

In questa fase il M rassicura molto il P garantendo il proprio impegno e prevedendo che la ripresa sarà buona. Utilizza anche in questa fase, oltre all'informazione precisa ed esaustiva, lo scherzo e la battuta. Ad es., parlando dei rischi dell'intervento: "Se uno ha un canale diretto con Nostro Signore è un conto, io posso garantire solo il mio impegno", o ancora "Il paziente ideale del chirurgo è giovane, magro e sano...".

P – Va bene, "Io mi devo fidare", "Sono nelle sue mani". Anche Renzo fa una battuta riprendendo quella del M: "Io in contatto con Nostro Signore non ci sono e quindi sono nelle sole mani del chirurgo". Ridono insieme M e P.

M – Inizia la visita. Mentre il P si prepara arriva una telefonata che dura due minuti (nella telefonata il M tra le altre cose dice: "Al paziente non l'ho detto...", che impressione può fare questo sul paziente?).

M – Dà altre informazioni sul ricovero "Adesso prendo i vostri dati, faremo una serie di accertamenti, una TAC, la chiamerò un mio collaboratore... poi programmeremo l'intervento". Riepilogano i farmaci che il pz sta assumendo e se dovrà continuarli o viceversa sospenderli.

M – Mentre prende i dati della persona il medico associa un ricordo al cognome del paziente: in passato ha operato un'altra persona con quel cognome... viene fuori che hanno anche questa conoscenza in comune...

M – E' sempre il M a introdurre la nuova fase, in questo caso la conclusione della visita e i saluti "Va bene? Altre cose non ce ne sono... se avesse bisogno questi sono i miei numeri".

Altra battuta: "Se uno dice che non mi ha trovato è perché non mi ha cercato".

Si salutano, anche qui con convenevoli e commenti sui nipotini (sia del medico che del paziente): è il M a chiedere esplicitamente se hanno nipoti e a raccontare del proprio nipotino.

La struttura della visita è piuttosto ben definita anche se non dichiarata esplicitamente ed è il M a introdurre ogni volta la nuova fase (o funzione) della visita: dopo la raccolta delle informazioni dal paziente, sui sintomi e sull'anamnesi, passa a fornire informazioni sulla patologia e sull'intervento, effettua quindi l'esame obiettivo (la visita) e infine passa a prendere accordi per il ricovero.

In questa visita (ma vedremo che incide notevolmente quello che è lo stile personale del medico) è peculiare l'uso dell'umorismo, e soprattutto dei riferimenti alla vita personale, non connessa alla salute e alle malattie del P. E' come se il M volesse comunicare in questo modo

al paziente “*non sono inavvicinabile*”, “*abbiamo delle cose in comune*”, “*sono il dottore, è vero, ma ho un volto umano*”, come se spesso vi fosse un tentativo da parte del medico di avvicinarsi al paziente, di apparire “alla buona” e quindi vicino al P.

Gli interventi di questo genere (di “avvicinamento”) si ripetono dall’inizio alla fine della visita e tutti sono stati ricercati attivamente dal medico che pone domande esplicite al paziente o alla sua famiglia: 1) Da dove venite? Nonantola. Ah, dove c’è la Partecipanza!; 2) Chi l’ha operato 40 anni fa? Il prof. Cortesi. Ah, il mio maestro!; 3) Dove lavorava come operaio? In FIAT. Ah, conosco quello che fu per anni il direttore, anche lei?; 4) Ho operato anni fa un’altra paziente con il vostro cognome, la conoscete? Sì; 5) Avete dei nipotini? Sì. Anch’io.

E’ come se il M volesse mettere il paziente a suo agio sottolineando come alcuni aspetti delle loro vite sono simili e come in fondo si erano già incrociati in passato loro due. Il paziente (e come lui la moglie e la figlia) sembra apprezzarlo molto (ridono con piacere alle battute, gli sorridono). Il loro atteggiamento rimane ugualmente ossequioso, la distanza si riduce ma certamente non si annulla: lui rimane il professore che dall’alto della sua posizione può concedere battute e lazzi ed è disponibile ad instaurare una relazione distesa, amabile e cordiale.

Inoltre è come se il medico cercasse così di tranquillizzare il paziente, ritenendo che il giocare, lo sdrammatizzare, possa essergli di aiuto nell’affrontare meglio la notizia che sta per ricevere (la necessità dell’intervento).

Infine sembra voler comunicare, attraverso la disponibilità alla relazione anche la sua disponibilità e affidabilità professionale (che ribadisce anche alla fine della visita esplicitamente, sempre attraverso una battuta “questo è il mio numero, se uno dice che non mi ha trovato vuol dire che non mi ha cercato”).

Viene da chiedersi quanto il genere del medico possa influire su questa modalità di gestione della visita e della relazione con il paziente (oltre ad altri fattori quali la sua anzianità di servizio e la sua posizione di direttore). Un medico donna (o un medico più giovane o in posizione meno prestigiosa), per convenzione o per modelli culturali adottati in modo condiviso, probabilmente non userebbe l’umorismo con un paziente grave e sconosciuto con altrettanta facilità.

La seconda visita

La seconda visita risale al 15.3.07, un mese circa dopo la prima visita. Avviene nel giorno che precede l'intervento. Il sig. Renzo ha nel frattempo eseguito tutti gli esami e le visite necessarie per preparare l'intervento. Il secondo incontro con il chirurgo avviene pertanto al letto del paziente, ricoverato in reparto. E' un incontro molto più breve del precedente, 3 minuti circa. Il paziente è solo, il medico è con i suoi assistenti che non intervengono mai nel corso del colloquio.

M – Si salutano e subito il M chiede “Lei è tranquillo?”

P – Un gran sospiro è la risposta del P. Evidentemente non lo è molto.

M – “Guardiamo un attimo questa pancia” (che poi lascia scoperta): è il primo atto della visita, il contatto fisico. Poi M inizia a riepilogare quello che ha intenzione di fare l'indomani nel corso dell'intervento. Si inizierà con la laparoscopia ma non c'è mai la certezza di finire con quella tecnica. “Io posso promettere il mio impegno, non il risultato”.

P – Mostra da subito la sua un po' rassegnata fiducia: “Sono nelle sue mani”.

M – Consegna, per la firma, il consenso informato. M chiede la massima libertà di azione l'indomani in sala.

P – Mostra la sua tensione anche se usa sempre un tono scherzoso: “Speriamo che tutto vada per il verso giusto”, “Se ci sarà qualcosa faccia quello che deve fare”, solo un'avvertenza, in forma di battuta: “Non sono pronto per partire”.

M – Prosegue con il tono scherzoso: “Vuol lavorare ancora per sé e non per gli eredi”. Ridono insieme.

M – Si informa sulla preparazione che il P ha fatto a casa e preannuncia che è possibile che si debba fare un altro po' di pulizia... Fa firmare il consenso e di nuovo chiede “Mi dà la massima fiducia?”. “Ci mancherebbe” è la risposta di P. “Anche perché la fiducia uno se la gioca prima, non a questo punto”.

Si salutano.

Ansia e paura sono le emozioni che caratterizzano la grande maggioranza (la totalità?) dei pazienti che si trovano nell'imminenza di un intervento chirurgico. Il M lo presume oppure percepisce la tensione di Renzo e infatti è a queste emozioni che fa riferimento come primissima cosa entrando in stanza: “Lei è tranquillo?”. Il P non risponde a parole ma con un eloquente sospiro che mostra la sua agitazione. Il P è spaventato, anche se non lo dice esplicitamente lo lascia intravedere, si mostra teso.

Il M non si sofferma sulle emozioni del P, passa all'atto fisico della visita "Guardiamo un attimo questa pancia". E' la prima cosa che il medico fa, tocca il paziente, ha un contatto fisico. Con questa scelta il medico "contiene" l'ansia, non lascia che essa invada il P dando da una parte struttura alla visita e dall'altra contenendo il P fisicamente con il proprio tocco. La strategia di M sembra quella di non enfatizzare le paure lasciando loro spazio.

Il M riepiloga quello che accadrà l'indomani nel corso dell'intervento. Promette al P il proprio impegno, non può viceversa garantire il risultato, e chiede in cambio la massima libertà di azione e la fiducia del P. Questi dà subito al medico la sua fiducia: "Sono nelle sue mani". Mostra al contempo la sua tensione: "Speriamo che tutto vada per il verso giusto", "Se ci sarà qualcosa (che non va, NdR) lei faccia quello che deve fare". Il P comunica la propria paura ma anche la propria fiducia nel medico e l'emozione diviene sempre più intensa fino alla raccomandazione più importante: "Non sono ancora pronto per partire, questo è l'importante", qui il P, mentre ride nervosamente per quello sta dicendo, tocca di propria iniziativa il braccio del medico. Il M non rinuncia a un'occasione per fare una battuta scherzosa ma soprattutto comunica di aver colto la richiesta del P e che non si deve preoccupare, ha nel medico un alleato: "Vuol lavorare ancora per sé e non per gli eredi", "Facciamo il possibile per lavorare per lei". Ridono insieme.

Durante tutto questo scambio la pancia del sig. Renzo viene lasciata scoperta: probabilmente il medico non sente di avere il compito di aiutare il P a coprirsi e il P non si copre se non ha un'indicazione precisa del medico. E rimarrà così, esposto, a disposizione del medico per quasi tutto il tempo, fino a quando non ha esposto anche la sua paura più profonda: la paura di morire.

Tutto l'incontro in definitiva sembra giocarsi sul tema della fiducia: il P, spaventato, ha bisogno di potersi affidare al M e di garantirsi la sua simpatia e benevolenza perché così si impegnerà al massimo e lo curerà, il chirurgo ha bisogno che il P si affidi e gli lasci la massima libertà d'azione. Questo importante aspetto relazionale esita anche nell'atto formale della firma del consenso durante il quale il M di nuovo chiede "*Mi dà la massima fiducia?*". "*Ci mancherebbe*" è la risposta di P.

La visita di *follow-up*

Anche l'ultima visita è piuttosto breve, 2 minuti circa. Risale al 22.3.07, appena quattro giorni dopo l'intervento. E' il giorno precedente la dimissione. Anche questo incontro avviene

pertanto al letto del paziente. Il P è ancora con il camicione tipico del post-intervento, si intravedono i deflussori delle fleboclisi, ha l'aria un po' stanca. Di nuovo M e P sono soli.

M – “Come va?”. E subito tasta la pancia.

P – “Andiamo abbastanza bene”.

M – Introduce il tema dell'incontro: “E' pronto ad andare a casa? Se la sente?”

P – “Io ci andrei volentieri se lei mi ci manda”. Sembra che il M stia facendo una concessione al P che quasi non osa chiedere ma che sarebbe contento di essere dimesso.

M – Infatti il M si dice “disponibile” a mandarlo a casa ma mette una condizione: bisogna che a casa il P si riguardi, che stia attento con la dieta e che, anche se è difficile, cerchi di perdere ancora qualche chilo.

M – Riepiloga: vedranno domani come sta, se andrà tutto bene potrà andare a casa nel pomeriggio e ritornare poi solo per dei controlli. “E poi comunque” di nuovo in forma di battuta: “per qualunque cosa la nostra fabbrica è sempre aperta”.

P – Risponde a tono “Grazie per l'invito ma dopo 40 anni di fabbrica, se anche non ci torno è lo stesso”.

M – Approfitta dell'*assist* per conversare d'altro, forse andare su un terreno che non sia esclusivo patrimonio del M. Cita il passato da sindacalista del P (che non ha un passato da sindacalista: il M si è confuso con un altro paziente) e un sindacalista della FIAT di Modena che entrambi hanno conosciuto e che per entrambi era una bravissima persona.

Si salutano riservandosi di rincontrarsi l'indomani.

La disponibilità del P in reparto è tale da far sì che il M possa, senza neanche chiedere o preannunciarlo, appena arrivato al letto, svestire il P e toccarlo, visitargli la pancia. Questo crea moltissima intimità e vicinanza. Il contatto fisico, gesti molto rassicuranti, genitoriali, sono assolutamente tipici di questo contesto (il reparto) e influiscono notevolmente sulla relazione rendendola ancora più improntata a dipendenza e passività. Questo paziente inoltre è ancora “ferito” e affaticato dall'intervento, ancora più rilevante è per lui la possibilità di affidarsi e lasciar decidere ogni cosa al medico.

E' questi infatti a introdurre il tema dell'incontro: “E' pronto ad andare a casa? Se la sente?”. Sembra che il M stia facendo una concessione al P che quasi non osa chiedere ma che sarebbe contento di essere dimesso: “Io ci andrei volentieri se lei mi ci manda”. Il M si dice “disponibile” a mandarlo a casa ma mette una condizione: bisogna che a casa il P si riguardi, che stia attento con la dieta e che, anche se è difficile, cerchi di perdere ancora peso.

Il P promette di essere obbediente “*Lei mi dica quello che devo fare e io lo farò*”. Anche questo scambio appare improntato a dipendenza e obbedienza. La danza tra il M e il P funziona perfettamente.

La visita sembra a questo punto conclusa per il medico che si avvia alla conclusione utilizzando una delle sue battute “*E comunque per qualunque cosa la nostra fabbrica è sempre aperta*”. Il P sembra a questo punto conoscere bene il suo interlocutore e risponde a tono: “*Grazie per l’invito ma dopo 40 anni di fabbrica, se anche non ci torno è lo stesso*”. Al M non sembra vero: approfitta di questa occasione per portare la conversazione su un terreno che non sia esclusivo patrimonio del M ma che sia, viceversa, condiviso dai due e che gli consenta di giocare con il paziente la propria umanità piuttosto che la propria professionalità.

Il caso di Renzo

Un aspetto che emerge molto chiaramente da queste tre visite è l’emozione che caratterizza l’esperienza di Renzo, il quale sta affrontando in quest’ultimo periodo una malattia preoccupante e inattesa: emerge la sua paura, la sua profonda preoccupazione (Renzo appare nervoso, fa affermazioni quali “non sono pronto ad andare *di là*”, o ancora “*faccia tutto quello che c’è da fare*”). Forse è questa paura a far “regredire” il paziente (o forse questo è il suo stile relazionale consueto) a modalità relazionali improntate a dipendenza: il paziente si affida al medico senza chiedere molte delucidazioni circa ciò che sta avvenendo nel suo organismo o circa ciò che accadrà in sala operatoria. L’impressione che se ne ricava è di una notevole asimmetria nella relazione tra medico e paziente a favore del medico: egli infatti accetta questa definizione, è lui a definire quelli che sono gli obiettivi della consultazione e a dirigere l’organizzazione delle fasi della visita. Valori, scopi e agenda del paziente non sono indagati ma supposti. Questo sembra risultare alla fine rassicurante per il paziente il quale non ha la necessità di occuparsi troppo da vicino della propria vicenda (che causa angoscia) e ad assumerne la responsabilità.

La dinamica relazionale sembra dunque ruotare attorno alla paura del paziente:

- Attraverso il non verbale il paziente esprime la sua paura “*Ho paura della malattia e dell’intervento (ho paura di morire)*”
- Attraverso il fatto di non indagare approfonditamente questo aspetto dell’agenda il medico sembra riuscire a trasmettere il messaggio “*Non preoccuparti penso a tutto io*”

- Questo messaggio sembra infine rassicurare il paziente “*Mi va bene, sono nelle tue mani*”

La relazione che emerge risulta dunque riconducibile al modello “paternalistico” (Roter, 2000); non perché la relazione risulti confinata entro lo spazio della dimensione biomedica (che anzi risulta poco trattata), quanto perché è il medico ad essere il decisore che propone al paziente le soluzioni che ritiene più adatte (non le discute con lui), l’obiettivo che egli si pone è centrato esclusivamente sulla cura più adeguata della patologia, lo spazio dedicato agli ambiti non biomedici della vicenda del paziente sono ampi ma non sono connessi alla malattia, il medico non indaga il vissuto del paziente e soprattutto non tiene conto del suo punto di vista per procedere nelle visite e nel trattamento (l’unico *feedback* che viene chiesto, ad esempio, è un significativo “*mi dà carta bianca quando saremo in sala operatoria?*”). Per questo sembra di poter dire che la relazione risulta scandita in termini di “unidirezionalità omeostatica”: il medico porta avanti il proprio “piano”, il proprio obiettivo, al quale il paziente può scegliere di aderire o meno.

Lo stile del medico è molto particolare, scherza molto con il paziente e con la sua famiglia, possiamo pensare che rientri tra le strategie messe in atto per sdrammatizzare momenti considerati emotivamente molto intensi e anche per trasmettere il messaggio che il chirurgo non è così “lontano” o “sovrumano” come in qualche occasione potrebbe sembrare. In realtà il fatto che il medico possa permettersi di scherzare in questo modo sottolinea proprio il diverso livello di potere del medico e del paziente: è sempre il medico a decidere di proporre lo scherzo, la battuta. Il paziente accetta (nelle prime due visite in modo anche un po’ ossequioso, dopo l’intervento sembra più divertito) la definizione del medico.

Il caso n. 2: il signor Armando – “*La mia vita è nelle tue mani*”

Profilo del paziente. Il P ha 74 anni e viene da una regione del sud, è venuto a Modena, dove vive la figlia, appositamente per curarsi. E’ una persona socievole e simpatica, mostra le sue emozioni (ad es. la sua apprensione), e si affida senza difficoltà agli altri (tanto ai medici quanto ai figli).

La prima visita

La prima visita risale al 29.8.07 e dura circa 18 minuti. La visita avviene nello studio del M che riceve da solo il P, quest'ultimo è invece accompagnato dalla figlia e dal genero.

M – Dopo i saluti e le presentazioni è il M a entrare subito nel merito della questione per cui il P ha richiesto una visita: “Il problema è suo?”, chiede direttamente al P, “Cosa è successo?”.

P – Inizia a raccontare la sua storia (è un po' emozionato, tanto che la figlia lo invita a calmarsi): mesi fa ha dovuto fare una cura di antibiotici dopo la quale ha iniziato ad avere problemi sempre più ingravescenti all'intestino. Gli antibiotici erano serviti come profilassi per una ferita che il sig. Armando si era procurato in campagna: emerge da subito la passione del P per la sua attività di contadino e per il suo “ottimo olio”, tema che accompagnerà tutto l'iter del paziente con questo medico. Una rettoscopia prescritta dal medico curante ha infine consentito di individuare la causa del problema di P, motivo per cui si sono rivolti oggi al chirurgo.

La figlia interviene spesso per completare e precisare il racconto del padre.

P – Per il resto il P è sempre stato benissimo e questa è la prima volta che ha bisogno dell'ospedale, lo dice anche con un po' di stupore e di rabbia per i disturbi e per l'intervento che oggi è costretto a fronteggiare.

Una telefonata interrompe brevemente la conversazione.

M – Raccoglie altri elementi dell'anamnesi e si informa circa le medicine che sta assumendo o di cui ha bisogno.

P – Risponde, sempre con il frequente intervento della figlia.

F – La figlia fornisce qualche informazione organizzativa: il padre vive nel sud Italia ma adesso è qui a Modena da lei che ha organizzato tutta la serie di accertamenti necessari, mostra i referti dei vari esami.

M – Dopo aver visionato i referti e gli esiti degli esami forniti dalla figlia (e quindi dopo aver raccolto tutta una serie di informazioni ed essersi formato un quadro della situazione) inizia una nuova fase della visita, inizia a dare informazioni: “Va bene. Allora, vi hanno detto cosa avete...” riepiloga diagnosi (polipo dell'intestino che occlude un po' e che sanguina durante l'evacuazione), tipologia di intervento che M propone e caratteristiche dell'intervento stesso (illustrato con un disegno) ovvero eseguito in laparoscopia piuttosto che in laparotomia.

P – Commenta la complessa descrizione proposta dal M con una dichiarazione di fiducia e di volontà di affidarsi al chirurgo: “Professore, sono nelle sue mani”.

M – Nonostante appaia gratificato dall'attestazione di fiducia del P il M si schermisce utilizzando un'immagine che ama utilizzare: “Siamo nelle mani di Dio”, e su quest'idea M e P concordano, “Certo, Lui viene per primo ma anche l'operatore...”

M – Si è forse creato un certo interesse per la persona del P poiché il M pone una domanda personale: “Da dove venite in particolare?”

P – Inizia, insieme alla figlia, a descrivere e a decantare la bellezza della loro terra di origine nonché la bontà dei suoi prodotti, in particolare dell’olio di prima qualità che il sig. Armando produce in grande quantità.

M – Anche il M scherza insieme al P su questa sua attività: “Dobbiamo rimettervi in piedi in tempo per la raccolta delle olive”.

P – Approfitta di questa affermazione di M per comunicare la sua preoccupazione e la sua speranza: “Speriamo di guarire completamente, così posso tornare al lavoro”.

M – Può così tranquillizzare P che sì, si cercherà di far andare tutto bene.

M – Inizia la visita, l’esame obiettivo. La visita include pratiche delicate e imbarazzanti per il P che il medico sdrammatizza con il suo consueto stile: battute e scherzi.

Sono interrotti da una seconda telefonata.

Al termine della visita iniziano a prendere accordi per organizzare il ricovero e l’intervento che, comunica il M, avverrà molto presto, entro la settimana successiva.

M – Prima di congedare il P riepiloga quello che sarà l’intervento e introduce un’informazione nuova, la possibilità, che si cercherà di scongiurare in ogni modo, di dover ricorrere – dipende dalla situazione che si riscontrerà al momento dell’intervento – ad una deviazione temporanea. Di fronte alla confusione del P M inizia a spiegare accuratamente, aiutandosi con un disegno, in cosa consiste la stomia e la sua funzione. Tranquillizza P circa il fatto che non è detto che si farà e che comunque si tratterebbe di un fatto temporaneo.

P – Mostra alla fine di aver compreso bene di cosa si tratta ed esprime apertamente il suo sentimento: “Speriamo di no”.

M – Spiega che questa era un’informazione che andava data anche se si farà tutto il possibile per evitare la stomia anche perché – e qui M cerca nuovamente di sdrammatizzare e di accorciare le distanze con il P – “Le olive, se le lascia lì, marciscono”. Con questo nuovo impegno del M si chiude la visita, tutti si alzano per salutarsi.

P – Di nuovo si raccomanda al M rinnovando al contempo la sua fiducia in lui: “Sono nelle sue mani”.

M – Non lascia cadere questa richiesta di assicurazione e spiega che può stare tranquillo, che quella del P è una di quelle malattie da cui si guarisce.

La struttura di questa visita è analoga a quella della prima visita del caso precedente: il medico raccoglie informazioni, anche attraverso frequenti domande rivolte direttamente al P, nella prima fase è quindi soprattutto il P a parlare; poi si passa al dare informazioni (minuto

5,39), soprattutto sulla diagnosi e sulle caratteristiche dell'intervento, qui è il M a prevalere; quindi l'esame obiettivo e infine gli accordi per il ricovero ed il prosieguo del trattamento.

La prima volta in cui il P dice al M "*Professore, sono nelle tue mani*" è al minuto 6, 45, si conoscono da meno di 7 minuti! Questa affermazione viene pronunciata subito dopo la descrizione dell'intervento e la doppia prospettiva di fronte alla quale si potrà dover scegliere (laparoscopia o laparotomia). Subito dopo il medico, gratificato dall'attestazione di fiducia, pone una domanda personale, chiede da dove vengano, chiede in buona sostanza di parlare di loro stessi, come se la profonda attestazione di stima e di fiducia avesse reso il P un "suo" paziente e non più solo un "caso", si è forse creato un interesse per la persona del P.

E' come se la sequenza relazionale fosse caratterizzata dall'ansia del P che lo porta a chiedere indirettamente una rassicurazione del M attraverso il dichiararsi nelle mani del M stesso. Questo medico non risponde mai rassicurando direttamente o parlando esplicitamente dei sentimenti dei pazienti, ad esempio indagando direttamente le preoccupazioni di P. In questo momento ad esempio sceglie di andare su un argomento che mostri il suo interesse per il P come persona e che svii l'attenzione dai motivi di ansia.

Ansia (quando si parla dell'intervento) → Sono nelle tue mani → Sono interessato a te (da dove venite?) e svio l'attenzione → Diminuisce l'ansia

Il P Inizia, insieme alla figlia, a descrivere e a decantare la bellezza della loro terra di origine nonché la bontà dei suoi prodotti, in particolare dell'olio di prima qualità che il sig. Armando produce in grande quantità. Anche il M scherza insieme al P su questa sua attività: "*Dobbiamo rimettervi in piedi in tempo per la raccolta delle olive*". Il P approfitta di questa affermazione del M per comunicare la sua preoccupazione e la sua speranza: "*Speriamo di guarire completamente, così posso tornare al lavoro*".

Il M si rivolge al P con il voi, lo fa sistematicamente, almeno con i pazienti più anziani.

Nel caso del sig. Armando il messaggio che il chirurgo trasmette con il suo interessarsi alle attività del paziente non sembra essere tanto "abbiamo cose in comune", come avveniva nel caso del sig. Renzo, quanto "sono curioso di come sei", la distanza sembra maggiore. L'età del P contribuisce a mantenere questa distanza così come il suo atteggiamento molto passivo di persona che si consegna completamente nelle mani del medico.

Quando la figlia riepiloga per chiarezza le informazioni sull'intervento, il M aggiunge un'informazione importante e piuttosto ansiogena ovvero la possibilità che divenga necessario in corso di intervento praticare una deviazione e mettere il sacchetto. Il P mostra la propria preoccupazione, dice di sperare proprio che non ci sia bisogno di farlo... Il M ricorre di nuovo all'argomento utilizzato qualche minuto prima: "Speriamo di no, anche perché le olive se uno le lascia lì marciscono" e il P subito "Professore, sono nelle tue mani" secondo lo schema:

Ansia (quando si parla dell'intervento, in questo caso della stomia) → Sono nelle tue mani → Sono interessato a te (le olive) e svio l'attenzione → Diminuisce l'ansia

In questo caso il M ha aggiunto anche parole di rassicurazione più esplicite: "*E' una di quelle malattie che di solito si guarisce*" che sembrano in effetti tranquillizzare il P e la figlia.

La seconda visita

La seconda visita avviene il 16.9.07, due settimane dopo il primo incontro, direttamente in reparto il giorno che precede l'intervento. E' piuttosto breve, appena 4 minuti e 30.

P – E' il P, un po' agitato, ad aprire la conversazione appena vede entrare in camera il M: "Professore, quando mi deve operare?". E poi subito si raccomanda "Professore sono nelle sue mani".

M – Torna a fare la solita battuta "Siamo nelle mani di Dio"

P – Ma al P non basta: "Sì lo so, me l'ha già detto, ma sono le sue mani che mi devono operare".

M – Visita il P, tocca la pancia. Si informa sull'efficacia e la completezza della preparazione effettuata. Chiede se ci sono i parenti per poter parlare con loro.

P – Cerca forse di ricreare l'intimità che si era creata in prima visita e racconta al M dei suoi progetti post intervento: alla fine di tutto si farà dare il CD con le sue visite videoregistrate per farle vedere a casa e poi dovrà tornare a casa per fare l'olio.

M – Deve completare l'esame obiettivo con l'esplorazione rettale, quando il P comprende cosa sta per avvenire si agita un po', tanto da perdersi e non comprendere quello che il M gli sta dicendo ovvero della possibilità di dover ricorrere, durante l'intervento, alla stomia temporanea. Al P non rimane che ribadire che è nelle mani del M, e che questi ha la massima libertà, ha le mani libere.

M – "Va tutto bene". Si lasciano con l'appuntamento per l'indomani mattina: il M raccomanda a P di stare tranquillo e P di nuovo si mette "nelle mani" del M.

Il P è sempre ossequioso, sempre pronto a offrire olio in regalo, complimenti, disponibilità... in cambio dell'impegno e della particolare attenzione del medico. Questa sembra essere una

caratteristica del P ma in questa visita, in cui presumiamo vi siano più preoccupazione e ansia che in quella precedente (è il giorno che precede l'intervento) questa caratteristica appare esasperata.

Per ben tre volte nel corso di questa breve visita il sig. Armando si mette “nelle mani” del medico e ogni volta lo fa prendendogli fisicamente le mani, quasi aggrappandosi a lui, sottolineando così la propria preoccupazione e la propria gratitudine. Tutte e tre le volte, in effetti, questa affermazione viene fatta da Armando dopo che si è parlato di qualche aspetto dell'intervento: al minuto 0,10 dopo che il M ha detto che lo opererà l'indomani; al minuto 3,25, dopo che il medico ha ribadito la possibilità di dover ricorrere, l'indomani, alla stomia e chiede al P la massima libertà di azione, alla fine della visita (minuto 4,17), dopo che il M, salutandolo, gli dà appuntamento per l'indomani mattina.

La visita di *follow-up*

L'ultima visita è del 23.9.07, è molto breve, appena 1 minuto e 30. Il P è stato operato da alcuni giorni e sta pian piano riprendendosi. La visita avviene nel contesto del giro visita di routine ed ha principalmente lo scopo di monitorare le condizioni del P e di valutare il suo recupero nella prospettiva della futura dimissione. Quando il M entra in stanza il P è insieme a due nipoti che gli stanno facendo visita.

M e P – Fanno un po' di scena a favore di telecamera: “Ecco il Professore”, “Vede che siamo tornati...”. Si stringono le mani a lungo mantenendo per un pò questo contatto.

M – Passa allo scopo della visita: “Come va?”

P – Racconta della novità di oggi, gli hanno tolto il catetere, sta usando il pappagallo.

M – Non perde l'occasione per fare la battuta, alla quale il P ride divertito, “Le hanno messo il pappagallo? Che non voli via!”. Poi chiede di poter visitare la pancia e quindi chiede ai parenti di uscire.

P – Sempre prendendo tra le sue le mani di M esprime nuovamente la sua gratitudine e riconosce a M importanti capacità taumaturgiche: “Il professore mi ha allungato la vita”.

M – Si schermisce “Questo poi lo vediamo. Non è mica ancora detto”.

P – Questo sembra far preoccupare un po' il P che chiede “No? Sono ancora in pericolo?”. Nonostante i ripetuti appelli all'abilità indiscussa del M, alle cui mani P si è sempre affidato, Armando non aveva mai dichiarato esplicitamente il suo senso di pericolo, la paura di non farcela a guarire.

M – Non sembra cogliere questo indizio rivelatore di paura e prosegue la visita informandosi su come sta andando la ripresa. Dà alcune indicazioni all’infermiere in visita.

P – Ribadisce la sua paura con una domanda più esplicita: “Ce la facciamo professore?”

M – “Ci impegniamo tutti per questo” e utilizzando una battuta del suo repertorio lo rassicura: “Stiamo lavorando per lei (per guarirlo) e non per gli eredi”, “Stia tranquillo”. In cambio chiede che anche il P collabori alla sua stessa guarigione camminando e rimettendosi velocemente in piedi.

Si salutano sorridendo.

La visita è brevissima, nonostante questo contiene tutti gli elementi caratteristici della relazione tra questo medico e questo paziente: il P appare felice di vedere il professore appena appare alla porta e subito gli si aggrappa alle mani affermando “il professore mi allungato la vita”, questa affermazione sembra fare il paio con quanto egli è andato dicendo nelle fasi precedenti l’intervento “sono nelle tue mani”: in entrambi i casi l’idea è che il medico abbia nelle sue mani il potere di guarire e salvare così, con un suo gesto, la vita del paziente. In questa visita la gratitudine del P fa il paio, poi, con la fiducia che nelle fasi precedenti era dichiarata all’indirizzo del M.

Il caso di Armando

Anche in questo caso l’aspetto che emerge immediatamente è l’emozione di paura e di ansia che il sig. Armando esprime in modo più aperto ed esplicito di quanto non facesse Renzo (in questo caso sembrano essere in gioco i due diversi stili dei pazienti oltre che le loro differenti origini culturali, l’uno del Sud Italia, l’altro della bassa modenese).

Anche Armando si mette immediatamente in una posizione *down* e si affida completamente al medico senza chiedere di essere particolarmente coinvolto nella vicenda della sua cura e anzi mettendosi “*nelle mani del professore*” (lo ripete molte volte durante tutte e tre le visite). Anche in questo caso la relazione tra medico e paziente risulta francamente asimmetrica. Come nel caso precedente è il medico a definire quelli che sono gli obiettivi della consultazione e a dirigere l’organizzazione delle fasi della visita. Valori, scopi e agenda del paziente non sono indagati ma supposti. Anche in questo caso ciò sembra risultare alla fine rassicurante per il paziente il quale non ha la necessità di occuparsi troppo da vicino della propria vicenda (che causa angoscia) e di assumerne la responsabilità.

La dinamica relazionale ruota anche in questo caso attorno alla paura del paziente:

- L’ansia del paziente emerge sia attraverso il suo non verbale che tramite le sue espressioni “*La mia vita è nelle tue mani*”, il paziente si pone in posizione dipendente, richiedente aiuto
- Questo atteggiamento elicitato nel medico una risposta di accoglienza della richiesta che però non passa mai attraverso il confronto diretto con il vissuto del paziente (che non è mai indagato) ma attraverso lo spostamento dell’attenzione su altri temi (la regione di provenienza, la sua attività ecc.) ed il conseguente messaggio di interesse verso il paziente stesso
- Questa risposta sembra gradita dal paziente e sembra soprattutto efficace nel diminuire l’ansia e nel rassicurare il paziente

In più di un’occasione la strategia del medico sembra avere proprio lo scopo di distogliere il paziente dalla sua paura, di spostare la sua attenzione su altri temi. Lo stile del medico anche in questo caso punta molto sullo scherzo, sulla leggerezza e sulla battuta.

Anche in questo caso la relazione risulta dunque riconducibile al modello “paternalistico” (Roter, 2000); non perché essa risulti confinata entro lo spazio della dimensione biomedica (anche in questo caso poco trattata), quanto perché è il medico ad essere il decisore che propone al paziente le soluzioni che ritiene più adatte (non le discute con lui), l’obiettivo che egli si pone è centrato esclusivamente sulla cura più adeguata della patologia, lo spazio dedicato agli ambiti non biomedici della vicenda del paziente sono ampi anche in questo caso ma ancora una volta non sono connessi alla malattia, il medico non indaga il vissuto del paziente e soprattutto non tiene conto del suo punto di vista per procedere nelle visite e nel trattamento. Per questo sembra di poter dire che la relazione risulta scandita in termini di “unidirezionalità omeostatica”: il medico porta avanti il proprio “piano”, il proprio obiettivo, al quale il paziente può scegliere di aderire o meno.

Il caso n. 3: la signora Lorenza – “Il mio alleato”

Profilo della paziente. La P è una donna di 62 anni. Da alcuni anni operata al seno per un tumore e ancora in cura presso l'oncologia a causa delle metastasi polmonari di quella malattia. Recentemente un esame ha evidenziato la presenza di una massa nello stomaco e l'indicazione dei medici è che essa venga asportata chirurgicamente.

La P è una donna sicura di sé, attiva, affabile e aperta. Appare estremamente informata e consapevole della propria situazione nonché desiderosa di non delegare ad altri (ad es. al marito o al medico) la gestione della malattia e delle cure o comunque in grado gestire adeguatamente le informazioni riguardanti la sua condizione e i trattamenti.

La prima visita

La prima visita avviene il 30.8.07 e dura 18 minuti. La P ed il marito sono ricevuti dal M nel suo studio.

M – Il M si scusa prima di tutto per il suo notevole ritardo: era in sala operatoria.

P – Scusano senz'altro il M, ha cose importanti da fare, e poi loro sono preparati alle attese. Entrano subito nel merito fornendo al M la documentazione: la lettera del curante, i referti degli esami.

M – Chiede informazioni sull'anamnesi della P.

P – In generale era sempre stata bene, a parte il problema al seno, e anche adesso non aveva disturbi particolari che avrebbero potuto suggerire la presenza della massa.

P – Mentre il M legge la relazione che descrive tutta la situazione di Lorenza lei si mette una mano in fronte, a volte forse si scoraggia un po' e ha bisogno di sostenersi.

M – Inizia a descrivere, aiutandosi con un disegno, la posizione in cui si trova la malattia e l'intervento necessario per estirparla: si toglierà una parte dello stomaco.

P – “Non si toglierà tutto lo stomaco?”. La P ha pensato molto, evidentemente, a questo intervento e aveva già valutato anche la possibilità di dover affrontare l'asportazione totale dello stomaco.

M – Spiega efficacemente che non ci sono le indicazioni per togliere tutto, soprattutto date le complicazioni e le implicazioni per la qualità della vita del paziente che ciò comporterebbe. Non si può però dire già adesso quanto stomaco si lascerà.

P – “L'importante è che si tolga il problema. Speriamo”. La P è evidentemente molto preoccupata per questa malattia e per questo ulteriore intervento.

Sono interrotti da una telefonata.

P – Chiede ulteriori delucidazioni su come verrà condotto l'intervento.

M – Descrive precisamente quali parti saranno asportate e con quali parti (ad es. dell'intestino) ciò che resta sarà collegato, con quale genere di anastomosi.

Di fronte alla evidente complessità dell'intervento e all'ammirato stupore della P il marito dice alla moglie, scherzando, di stare tranquilla perché sarà un problema del professore, ci penserà lui a operare, non c'è bisogno che lei conosca l'intervento come se fosse lei il chirurgo.

M – Descrive i rischi dell'intervento, che sono quelli di tutta la "chirurgia maggiore", nonché quelli che saranno i cambiamenti nelle abitudini di vita (alimentari soprattutto) che la P subirà.

P – Mostra di essere già a conoscenza di queste conseguenze. Chiede a M di poterle preparare un documento, una lettera per il suo oncologo con la descrizione dell'intervento.

M – Invita la P ad accomodarsi nella stanza accanto per la visita medica. Tocca la pancia e inizia a descrivere l'intervento che verrà eseguito "Può darsi che partiamo in laparoscopia".

P – Non comprende immediatamente e non ha problemi a chiedere "Cos'è?", e di fronte alla descrizione del medico "Tanto non sento niente, vero?". Soprattutto, con lo scopo principale di tranquillizzarsi, chiede "Sarà lei a operarmi?" e infatti alla risposta affermativa del M risponde "Ah, allora sono tranquilla, il mio oncologo mi ha messa in mano a lei!". Chiede anche un feedback su "Come è messa la pancia".

M – Bene, e rassicura la P sul fatto che la malattia è molto piccola anche da come è descritta dall'endoscopista. Non è molto rassicurante quello che il M dice subito dopo "Non so dire

M, P e marito commentano insieme il pro e contro della laparotomia.

P – "A me non interessa l'aspetto estetico, l'importante è che troviamo una soluzione, eh?" chiede al M una rassicurazione sul fatto che c'è la possibilità di intervenire

M – "State tranquilli".

P – Chiede informazioni sull'organizzazione del ricovero, tempi, esami da eseguire ancora. Commenta, con il marito, la qualità dei reparti in cui

P – Chiede di poter tenere il disegno che il chirurgo aveva fatto per illustrare l'intervento

M – Scherza per la prima volta, alleandosi con il marito, su questa richiesta di tenere il disegno: "Se vuole le do anche un testo sulla chirurgia", La gente giustamente ha piacere di...

Il marito riepiloga con la P i prossimi passaggi: porteranno tutto al professore del reparto di oncologia (lo hanno evocato più volte forse anche allo scopo di far sentire il suo interesse per loro, una "raccomandazione" anche per il chirurgo?).

Ringraziano il professore. Lo salutano stringendogli la mano. Il clima è disteso, sia la P che il marito gratificano il M riconoscendo il suo impegno e il suo lavoro "Resista fino a stasera (lei, così oberato)!" e "Meno male che ci siete voi (fate, voi medici, un lavoro così importante)!".

La struttura della visita è la medesima delle altre due visite di questo stesso medico: una parte della visita è dedicata a raccogliere le informazioni dalla paziente per formarsi un quadro della situazione, una seconda parte è dedicata a descrivere l'intervento che si vuole proporre, segue la visita medica e quindi gli accordi per il ricovero e l'intervento.

L'impressione che si trae da questa visita, rispetto alle altre due di questo medico, è che il rapporto sia più "alla pari" e che con gli altri due pazienti, entrambi più anziani della signora Lorenza, il M avesse un atteggiamento più paternalista. Questa paziente è d'altra parte più collaborante, meno passiva di quanto non fossero Renzo e Armando: chiede, si informa, fornisce con molta chiarezza e determinazione dati e informazioni che la riguardano. Lorenza sta fronteggiando la malattia da molto tempo mentre Renzo e Armando hanno ricevuto la comunicazione della diagnosi solo molto recentemente e in modo inatteso. Lorenza quindi non si trova più nella fase del "trauma", ha "digerito", elaborato di più e meglio quello che è successo e quindi controlla meglio le sue emozioni, inoltre parlare con i medici non è più, per lei, un'esperienza inedita o particolarmente ansiogena.

Il chirurgo usa molto meno lo scherzo come tecnica o strategia con questa P: lei è molto informata e bisognosa di comprendere quanto sta accadendo, la strategia con lei non può essere quella di sviare l'attenzione, strategia viceversa funzionale con gli altri due pazienti. In questo caso le battute di spirito che vengono scambiate hanno soprattutto l'effetto di creare un clima più disteso, non eccessivamente freddo e professionale che consenta di rimanere sul tema della malattia e dell'intervento e non di sviare da esso.

Il marito sembra partecipare a questo gioco relazionale della moglie e del medico rimanendo in disparte, lasciando alla moglie la possibilità di gestire le informazioni che la riguardano, senza tuttavia lasciarla sola: da alcune sue affermazioni si comprende che il marito è molto coinvolto, che conosce benissimo la vicenda della moglie e che è sempre presente ma l'atteggiamento non è quello di sostituirsi a lei che invece deve evidentemente essere sempre padrona della sua situazione.

La seconda visita

La seconda visita risale al 2.10.07 e avviene al letto della paziente poche ore prima dell'intervento: la P è stata ricoverata la sera precedente ed il M la incontra brevemente prima di operare. E' una visita breve, dura appena 2 minuti.

E' una visita brevissima, cominciano scherzando sulla videoripresa, la P si raccomanda di essere ripresa dal suo lato migliore. Il clima è disteso (tranne che per gli specializzandi che vengono redarguiti per il ritardo di fronte alla paziente e allo psicologo), sembra proprio che M e P si trovino reciprocamente simpatici, la P sorride spesso al M.

M – Fa il punto sull'intervento: “Le hanno spiegato, le hanno parlato del tipo di intervento?”. Non ricorda o non sa di essere stato l'unico ad aver descritto alla P l'intervento. La P è “rimasta lì”, al disegno che il chirurgo le ha fatto in prima visita. Lui conferma che non è cambiato nulla da allora, conferma ad esempio che probabilmente riusciranno a salvare una parte dello stomaco. La P, che a questa idea si è probabilmente abituata in questo periodo, sembra quasi stupirsi “Speriamo!”

M – Visita la pancia alla paziente e poi si avvia a concludere la visita con un “Va bene, andiamo giù (in sala operatoria) tra un'ora e trenta”. “C'è altro?”.

P – “Io ho cinque nipoti e vorrei vederli crescere”. In questo momento in cui la P si sta letteralmente mettendo nelle mani del M fa la sua raccomandazione più importante, emerge la paura fondamentale di Lorenza, la paura di morire, di non farcela (non tanto di non superare l'intervento quanto che la malattia non possa essere estirpata definitivamente).

M – Elude il tema della morte e della paura e al contempo mostra interesse per la paziente, la segue sul tema della famiglia chiedendo l'età dei nipoti di Lorenza.

P – Elenca orgogliosa le varie età dei suoi nipoti e ribadisce il proprio desiderio di guarire e di continuare a vivere per vederli crescere.

M – Racconta a sua volta di avere un solo nipotino e di desiderarne altri.

M – Fa infine firmare alla paziente il consenso all'intervento

La P ringrazia, si salutano, il M esce.

Nonostante l'ansia che si presume agisca in questo frangente la P appare per tutta la visita estremamente lucida e presente. Inoltre ella scherza con il M creando insieme a lui un clima disteso: sembra proprio che M e P si trovino reciprocamente simpatici, la P, ad es., sorride spesso al M. Il messaggio che sembra passare è “*Mi fido e quindi posso stare tranquilla*”.

Alla fine della brevissima visita l'unica raccomandazione della P, quasi per scaramanzia: “*Io ho cinque nipoti e vorrei vederli crescere*”. La P si sta letteralmente mettendo nelle mani del M e può mostrare qui la sua più importante paura, la paura di morire, di non farcela. Ma è una paura che contiene già in sé anche la rassicurazione e la speranza, quella di guarire e di continuare a vivere per vedere crescere i propri nipoti.

E infatti il M la segue mantenendo la propria attenzione e l'attenzione della paziente sui nipoti (mantenendo la conversazione su questo argomento) piuttosto che sul tema della morte e della paura, tema che egli viceversa elude: in questo momento la P va aiutata a non essere invasa dalla sua ansia.

La visita di *follow-up*

La terza visita avviene qualche giorno dopo l'intervento, il 6.10.07. Dura in tutto 1 minuto e mezzo. La P ha un sondino naso-gastrico, ed ha attaccata una flebo, porta il camicione dell'ospedale e appare un po' stanca.

M – Inizia con alcuni commenti sulla telecamera e sulla videoregistrazione e subito si informa delle condizioni della P.

P – Dice di stare bene e chiede se magari le inizieranno a togliere qualcosa (allude al sondino naso-gastrico).

M – Inizia immediatamente una visita veloce, a toccare la pancia, e intanto pone varie domande sulla condizione della P, sulla canalizzazione, sulla mobilizzazione, annuncia che il decorso è regolare e preavvisa che si faranno dei controlli al tubo digerente allo scopo di togliere poi il sondino. Scherza sul fatto che per fare questo controllo dovrà bere un liquido all'anice affatto appetibile. Dà anche delle indicazioni di comportamento da tenere: si può alzare e può bere un pochino (la P non lo sapeva).

M – Fa una scenetta con uno degli infermieri che in favore di telecamera gli chiede un autografo.

P – La P ride ed elogia quell'infermiere che è bravo perché “tira su il morale”.

M – Saluta la P con un “State tranquilla”.

In questa visita non accade nulla di particolarmente significativo, almeno così sembra, vi è il solito fidarsi/affidarsi della P, il M prende la mano della P mentre la saluta e le dice di stare tranquilla. La P appare soprattutto stanca, alle prese con la fase di un post intervento complesso, ha il problema di togliere il sondino, di iniziare a bere, di canalizzarsi, di camminare. Come è suo solito non pone nessuno di questi aspetti come problematici, anzi, collabora attivamente per accelerare la propria ripresa, al solito ricerca le informazioni che la possano aiutare in questa collaborazione (“*Come si fa il controllo del tubo digerente?*”). Il M dal canto suo informa la P di ogni passaggio senza, naturalmente, perdere occasione per scherzare e giocare.

Il caso di Lorenza

Anche con Lorenza il chirurgo scherza volentieri. Il gioco però risulta più alla pari di quanto non fosse nei due casi precedenti. Lorenza ha d'altra parte un carattere deciso, è collaborante, attiva: chiede, si informa, fornisce con chiarezza e determinazione dati e informazioni che la riguardano. Ella sta inoltre fronteggiando la malattia da molto tempo (mentre gli altri due pazienti del chirurgo avevano ricevuto la comunicazione della diagnosi solo molto recentemente e in modo inatteso).

L'emozione prevalente è anche in questo caso la paura, la preoccupazione (della malattia che sta avanzando, dell'intervento, la paura di non farcela) tuttavia la richiesta implicita della paziente non è questa volta quella di essere protetta dalle informazioni sulla malattia e sull'intervento né di delegare tutto al medico. Lorenza sembra al contrario voler conoscere la situazione per poter meglio controllare le proprie reazioni e per decidere se fidarsi del medico e affidarsi quindi a lui. Alla costruzione di questa fiducia collaborano diversi fattori: è stato l'oncologo che ha in cura Lorenza da molti anni a consigliarle di rivolgersi a questo chirurgo e che lo ha contattato personalmente prima che ella andasse alla visita, questa è per lei già un'importante credenziale, oltre a questo anche il clima disteso e scherzoso, che vuole mettere a suo agio la paziente, sembra attrarla, il medico infine illustra alla paziente come verrà eseguito l'intervento (lei tratterrà anche il disegno che lui ha fatto per essere più chiaro) e risponde alle sue domande. Tutto, insomma, concorre a creare per prima cosa un'alleanza tra medico e paziente che è alla base della dinamica relazionale di questa coppia:

- La mia situazione è seria e devo affidarmi a bravi professionisti per guarire, ho bisogno di un bravo chirurgo per stare tranquilla (*“Il professore mi ha messa in mano a lei”*)
- La risposta del chirurgo è *“Di me ti puoi fidare”*

Il medico non esagera nella dimostrazione delle proprie credenziali, non ne ha bisogno. La sua distensione e la sicurezza sono sufficienti, sembra, per rassicurare la paziente di avere trovato un buon alleato che combatterà insieme a lei e sconfiggerà la malattia.

Anche se più paritaria delle relazioni con gli altri due pazienti del chirurgo la relazione che emerge in questo caso risulta comunque riconducibile al modello “paternalistico” (Roter, 2000): la paziente si informa di più, partecipa di più, allo scopo di individuare il professionista giusto a cui “affidarsi”. E' il medico ad essere il decisore che propone alla

paziente le soluzioni che ritiene più adatte (non le discute con lei, le illustra), l'obiettivo che egli si pone è centrato esclusivamente sulla cura più adeguata della patologia, il medico non indaga il vissuto della paziente (che comunque emerge, è la paziente a portarlo in diverse occasioni: *“Non ho mai avuto mal di stomaco, non me l'aspettavo. Adesso che il problema al polmone si era fermato!”*, *“E' da tanti anni che mi curo, l'importante è che ci saltiamo fuori, eh?”*, *“Io ho cinque nipotini e vorrei vederli crescere”*...) e soprattutto non tiene conto del suo punto di vista per procedere nel proprio operato. Per questo sembra di poter dire che la relazione risulta scandita in termini di “unidirezionalità omeostatica”: il medico porta avanti il proprio “piano”, il proprio obiettivo, al quale la paziente sceglie di aderire.

Lo stile del medico, scherzoso e amichevole, ha l'effetto, qui, di rendere il clima disteso e tranquillo e di mettere la paziente a proprio agio.

I casi della Chirurgia

L'immagine, molto efficace e molto forte, dell'affidarsi alle mani del chirurgo, l'espressione *“Sono nelle sue mani”*, è usata da tutti e tre i pazienti di questo medico. Viceversa essa non viene mai usata dai pazienti di oncologia e cardiologia. E' un'immagine, tra l'altro, molto aderente alla realtà: l'atto chirurgico è fisico, il chirurgo usa letteralmente le mani per curare, mentre oncologo e cardiologo usano le mani “solo” per visitare (e in ogni caso è sempre più importante il ruolo della tecnologia in questa fase), per curare essi usano i farmaci.

L'inattività del paziente addormentato che non può far altro che consegnarsi nelle mani del chirurgo emerge anche nella relazione: il paziente si mette in una posizione passiva dalla quale dichiara al medico tutta la propria fiducia rimandando senza sosta al medico il fatto di riconoscergli il potere di dispensare onnipotentemente veri e propri miracoli. Nelle visite della chirurgia più che in quelle dell'oncologia e della cardiologia i pazienti sono sembrati poco attivi e poco collaborativi: la relazione per definizione asimmetrica tra medico e paziente diviene oltremodo “dispari” nel caso della chirurgia laddove il gesto tecnico (e un po' magico) del chirurgo viene lasciato al chirurgo stesso, è troppo misterioso per essere compreso, o troppo cruento per essere affrontato, o ancora si è troppo vulnerabili mentre viene agito per poterlo controllare. Questa passività del paziente va di pari passo con l'onnipotenza del medico che, appunto, padroneggia il misterioso gesto che “taglia via” la malattia, che per curare deve *“avere massima libertà”*, che ha letteralmente il coltello dalla parte del manico (ha il potere). Proprio perché questo potere è riconosciuto e indiscusso il

chirurgo del nostro studio può schermirsi ed essere modesto e confermare che “*no, non è onnipotente, ma l’Onnipotente può guidare le sue mani*”.

Tutti e tre i pazienti “vanno verso il medico” portando prioritariamente la loro profonda paura dell’intervento. E’ questa emozione a caratterizzare le prime visite di tutti e tre i casi. La sicurezza del medico, il suo rispondere seraficamente che “*ci penserà lui*” sembra mettere le basi per la relazione di fiducia che consente poi ai pazienti di sottoporsi concretamente all’intervento stesso. In tutte e tre le situazioni nella terza visita, sempre realizzata nel post-operatorio, è evidente, oltre alla stanchezza, la distensione ed il sollievo dei pazienti e la grande soddisfazione sia del medico che del paziente.

La modalità di conduzione delle visite si ripete nei tre casi, anche le battute tendono a ripetersi, così come le modalità utilizzate per rassicurare i pazienti. Questo fa pensare che in questo caso più che in altri (oncologia e cardiologia) lo stile personale del medico (che nel caso del chirurgo è molto forte e deciso) influisca sull’andamento delle visite e sul tipo di relazione che viene creata.

Le tre relazioni medico-paziente sono in definitiva tra loro molto più simili di quanto non siano simili tra loro quelle dell’oncologia e della cardiologia dove invece il paziente, con i suoi bisogni e le sue emozioni, sembra entrare di più nella costruzione della relazione, tanto che le tre storie relazionali, ad esempio, dei pazienti dell’oncologia sono molto diverse tra loro. Nel caso della chirurgia esse sono invece tra loro molto simili.

Possiamo pensare che forse il chirurgo tenda ad imporre maggiormente il proprio stile personale rispetto a quanto facciano oncologo e cardiologo. Oppure che i pazienti in questa fase della loro cura (prima dell’intervento) si somiglino molto, se non altro nelle reazioni emotive.

Sebbene molto simili tra loro, i diversi casi della chirurgia mostrano alcune differenze, in particolare il caso di Lorenza differisce dagli altri due per una maggiore attività della paziente, una maggiore interazione con il medico, minore passività. Le ipotesi interpretative possono fare riferimento da una parte al dato demografico: i due pazienti più anziani tendono ad essere più passivi della paziente più giovane e per questo più partecipe della propria vicenda di malattia. Nel caso di Lorenza un secondo fattore contribuisce a rendere la paziente più partecipe ed è il fatto che Lorenza ha una storia di malattia più lunga, ella era dunque forse più preparata ad affrontare informazioni ed emozioni connesse alla visita, a rapportarsi più “alla pari” con il medico di quanto non abbiano potuto fare Renzo e Armando, ancora

traumatizzati dall'evento che li ha colpiti e forse più abituati ad affidarsi alle mogli e alle figlie nei momenti di difficoltà.

In generale lo stile del medico in queste visite appare improntato a paternalismo: possiamo pensare che uno stile di questo genere, con l'assunzione della responsabilità delle decisioni concentrata nelle mani del medico, risulti più utile per preparare il paziente ad entrare in sala operatoria? E' possibile che lo stile paternalistico sia più utile in fasi precoci dell'iter di malattia (ad esempio dopo la diagnosi, in fasi più vicine all'emergenza)? E' forse, invece, uno stile più tipico dei chirurghi che, maneggiando tecniche molto particolari (anche aggressive), hanno bisogno di poter decidere autonomamente ogni loro azione e avere un ruolo direttivo nelle relazioni? Che incontrando il paziente per poco tempo (e per molto di questo tempo il paziente è per lo più addormentato) non acquisiscono (non hanno bisogno di acquisire) la collaborazione del paziente stesso, non hanno bisogno della *mutualità*?

3.3.2.4 Discussione

Il tipo di analisi condotta sulle visite registrate, l'analisi *clinico-osservativa* delle dinamiche relazionali e della comunicazione tra medico e paziente, è per sua stessa natura (è il motivo per cui si è deciso di utilizzare questo metodo) estremamente ancorato al contesto dell'analisi, circostanziale, ed i risultati ottenuti sono difficilmente generalizzabili o definitivi, essi sono dotati di senso soprattutto, se non esclusivamente, in connessione con il preciso contesto dello studio (Zucchermaglio, 2003). Per questo motivo è piuttosto *difficile* riassumere in modo sistematico ed organizzato la grande quantità di dati derivanti dall'osservazione e dall'analisi delle nostre ventisette visite mediche. Ogni caso infatti ha consentito di evidenziare peculiari "storie relazionali" tra coloro che erano coinvolti nella visita medica, storie che si sono strutturate attraverso differenti modalità comunicative.

L'analisi ha dunque consentito, in particolare, di individuare e comprendere gli specifici *pattern* comunicativi emergenti dalle visite e le loro principali caratteristiche (il primo obiettivo di questo studio).

Le visite dell'oncologo e del chirurgo, in particolare, sono caratterizzate dalle emozioni intense dei pazienti e questo contribuisce a creare le dinamiche relazionali osservate.

Giuseppina è molto spaventata e chiede frequenti e ripetute rassicurazioni al medico che tende a lasciare molto spazio alle preoccupazioni e al vissuto di malattia della paziente e quindi a rassicurarla efficacemente, il *feedback* (i ringraziamenti ed i riconoscimenti espliciti della paziente) rinforzano questa dinamica e la perpetuano.

Brenno ha bisogno di tempo per affrontare la sua grande tensione e trasmette questo suo bisogno attraverso le sue “fughe nella leggerezza”, nelle battute, nel parlar d’altro. Il medico lo asseconda e gli dà il tempo di cui ha bisogno. Solo quando Brenno è pronto il medico fornisce le informazioni necessarie, dosando sempre qualità e quantità delle informazioni e lasciando la possibilità al paziente, di fronte alla tensione, di “fuggire” nuovamente.

Melinda e le sue figlie sono confuse e mostrano la loro confusione tramite le innumerevoli domande, peraltro non sempre coerenti e adeguate alla situazione. Il medico risponde a tale confusione assumendo più decisamente la guida della visita, adottando uno stile “*doctor centred*”, mostrandosi sicura e lasciando poco spazio alle emozioni e al vissuto di malattia che altrimenti “invaderebbero”, danneggiandola, la paziente.

Renzo, Armando e Lorenza, i pazienti della chirurgia, appaiono spaventati dalla malattia e lo sono molto anche dall’intervento. In modo regressivo tutti e tre si affidano al medico, si mettono nelle sue mani, il medico accoglie questa richiesta rassicurandoli sul fatto che “*penserà a tutto lui*”. Nei momenti di più intensa emozione (quando, ad esempio, si fa riferimento alle possibili conseguenze dell’intervento, quando si parla della malattia, o quando il paziente si riferisce al suo futuro esponendo implicitamente le proprie paure) il medico svia l’attenzione, sdrammatizza, cercando di non lasciare il paziente troppo a lungo nel proprio stato di tensione (e al tempo stesso misconoscendo quello stato emotivo, significativo per il paziente, o trascurandolo).

Le visite del cardiologo, infine, sembrano meno caratterizzate da emozioni intense (forse lo scompenso cardiaco spaventa meno i pazienti di quanto faccia il cancro: dei nove pazienti dello studio, ad esempio, solo due si presentano alla prima visita non accompagnati da un familiare e tutti e due sono pazienti della cardiologia). Queste visite sembrano caratterizzate dalla necessità di familiarizzare con la malattia e con la terapia, di comprenderla, di farsene una rappresentazione (per spiegare anche gli strani sintomi, quali stanchezza, fatica e gonfiore, di cui si soffre).

Barbara porta soprattutto i suoi sintomi e insieme a questi la richiesta implicita di essere “considerata”, “ascoltata”, “presa sul serio”. Il medico risponde offrendo molto spazio alla paziente, soprattutto per poter giungere a ciò che il medico ritiene essere il meglio per la

paziente, una diagnosi precisa (anche se difficile) ed una terapia che la faccia stare meglio. Attraverso la molta attenzione dedicata al *disease* sembra passare il messaggio di una grande attenzione dedicata dal medico alla paziente e la conseguente soddisfazione di quest'ultima.

Hamad è confuso e sembra non sapere precisamente cosa chiedere (non lo aiutano certamente le sue difficoltà linguistiche), vuole stare rapidamente meglio ma non ha ancora ben compreso in cosa consiste il suo disturbo, come funziona, e quindi perché è importante fare ciò che il medico dice. Ai motivi di tale confusione, o comunque ai vissuti di Hamad, non è lasciato spazio, Hamad fa d'altra parte fatica ad esprimere le sue idee quando ne ha l'occasione, e così l'intervento del medico non riesce a neutralizzare l'effetto dei "blocchi" del paziente verso i cambiamenti di vita, anche notevoli, che la malattia ha reso necessari.

Giorgio, al contrario, ha le idee chiare, vuole riuscire a respirare bene di nuovo e vuole risolvere i suoi sintomi, chiede al medico di arrivare rapidamente ad una diagnosi chiara e precisa e quindi alla cura giusta: chiede al medico di essere finalmente il bravo esperto che da tempo egli cercava. La risposta del medico si adegua a questa richiesta e in modo armonico la relazione viene impostata dai due attori attorno ad uno stile di tipo paternalistico.

Questi *pattern* possono essere classificati in base alla centralità che il paziente assume in una relazione, quella tra medico e paziente, che è per sua definizione asimmetrica e dunque in base al ruolo che medico e paziente vengono ad assumere nella cura. Il costrutto a cui si fa riferimento a questo proposito è principalmente quello descritto in letteratura come *patient centredness*, ovvero il fatto che il medico ponga al centro della visita il paziente come persona, piuttosto che la sola dimensione biomedica della sua malattia, e che a questi dia spazio di espressione e di decisione (Roter, 1992). Quando il paziente, nell'incontro con il medico, ha un alto potere e può quindi confrontarsi "alla pari" con il medico (ad esempio può negoziare con questi gli obiettivi ed il programma terapeutico che lo riguarda, può condividere i propri valori, idee, emozioni e farli valere, può in definitiva esprimersi e partecipare alle decisioni) allora il prototipo di relazione è definibile in termini di *mutualità* (Roter, 2000), quando viceversa l'asimmetria di potere è ampia (e dunque gli obiettivi sono individuati esclusivamente dal medico che dispone delle necessarie competenze scientifiche) i valori, le idee e i vissuti del paziente sono presunti dal medico che a questi reagisce ed il prototipo di relazione è definibile come *paternalistico* (Roter, 2000).

Sulla base di queste definizioni i casi di Giuseppina, Brenno e in parte di Barbara possono rientrare nel modello relazionale della "*mutualità*": il medico non solo indaga quello che è il vissuto del paziente ma ne tiene conto e modifica il proprio intervento a partire da esso. Negli

altri casi che abbiamo analizzato è molto più difficile identificare questo genere di atteggiamento. Nei casi di Melinda, Hamad, Giorgio, Renzo, Armando e Lorenza il medico è orientato da quelli che sono i propri scopi professionali, è accogliente e rassicurante ma non indaga sentimenti e obiettivi del paziente (che vengono presunti, ipotizzati) e soprattutto non modifica il proprio stile o la strategia relazionale sulla base delle esigenze del paziente. Questo stile è considerato “*paternalista*”: è il medico ad occuparsi del bene del paziente perché è proprio lui, esperto del *disease*, a sapere cosa debba essere fatto. In diversi casi questo stile è prima di tutto elicitato dal paziente (ad esempio nel caso di Giorgio): è il paziente ad invitare il medico in una conversazione centrata sulla malattia e a chiedergli di giocare il ruolo di esperto della malattia. In altri casi l’assunzione di uno stile (o di una strategia?) paternalistico risulta adeguato alla situazione specifica (ad esempio Melinda e le sue figlie appaiono da subito tanto confuse da indurre il medico ad adottare uno stile direttivo, che non lasci spazio alla confusione e che invece contenga le loro ansie) o come risposta all’ondata di emozioni disorganizzanti legate alla fase specifica di malattia (è il caso, ad esempio, dei tre casi della chirurgia: il fatto che i pazienti incontrino il medico subito dopo aver ricevuto una seria diagnosi e soprattutto subito prima di sottoporsi ad un imminente intervento chirurgico li rende visibilmente vulnerabili, desiderosi di consegnare nelle mani del medico la responsabilità delle decisioni e delle azioni necessarie). In un caso, quello del sig. Hamad, una più approfondita indagine del vissuto del paziente (delle sue idee sulla malattia, dei suoi timori, dei suoi desideri ed obiettivi), ovvero un atteggiamento improntato a mutualità, avrebbe forse potuto consentire di individuare le barriere che erano pronte ad ostacolare la comprensione del paziente e la sua adesione ai consigli e alle direttive del medico mentre lo stile paternalistico adottato dal medico non è riuscito invece a raggiungere lo scopo, ovvero l’orientamento del comportamento del paziente in senso “salutare”.

Il modello relazionale osservabile nella visita medica è risultato essere frutto di diverse variabili: sembra appartenere allo stile (o alla formazione?) del singolo medico (con l’oncologo che usa uno stile improntato a mutualità e il chirurgo che ha uno stile più paternalista); esso sembra anche doversi adattare agli scopi specifici delle varie specialità (come si è detto, per contenere le ansie disorganizzanti del pre-intervento può rivelarsi più utile adottare uno stile direttivo, paternalistico, in fasi più avanzate dell’iter terapeutico, come nel caso dell’oncologia, è possibile che vi sia bisogno, e soprattutto che vi sia la possibilità, di lasciare più spazio all’espressione delle emozioni, alla presa di coscienza della situazione e alla conseguente partecipazione del paziente alla propria cura); infine sembra che il tipo di

modello relazionale risulti dallo specifico incontro del medico con ciascun paziente e sia pertanto costruito insieme al paziente. In questo senso abbiamo ritenuto che fosse rilevante, ai fini della nostra analisi delle dinamiche relazionali, considerare *quanto* ciò che medico e paziente fanno insieme sia frutto di un reciproco riconoscimento, del riconoscimento del ruolo e del contributo dell'altro, contributo che è tenuto in considerazione per la costruzione di qualcosa che diviene frutto, risultato, della co-costruzione di entrambi gli attori (quella che Fruggeri (1997) definisce “reciprocità costruttiva”), o viceversa dell'azione di uno degli attori che assume su di sé la responsabilità delle scelte senza considerare l'inevitabile contributo dell'altro, la cosiddetta “unidirezionalità omeostatica” (Fruggeri, 1997).

Tabella 15. Le visite classificate per prototipo relazionale e per dinamica di costruzione della relazione

| | Mutualità | Paternalismo |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Unidirezionalità omeostatica | | Hamad Renzo Armando Lorenza |
| Reciprocità costruttiva | Giuseppina Brenno Barbara (obiettivi del lavoro) | Melinda Giorgio |

Il modello di relazione è cioè molto spesso frutto di co-costruzione e questo anche quando esso risulti di tipo paternalistico. Un'osservazione che ci sembra di poter avanzare è che lo stile viene deciso unilateralmente dal medico quando la situazione, il contesto, lo richiede (come avviene nel caso della chirurgia). Quando il paternalismo è invece frutto di reciprocità è perché il paziente, per proprie esigenze o preferenze lo richiede ed il medico è pronto, se la situazione lo consente, ad adeguare il proprio stile a tali richieste (come nel caso di Melinda o nei casi del cardiologo).

Gli indicatori che secondo Roter (2000) consentono di individuare e identificare il modello mutualistico sono riconducibili ad alcune caratteristiche della visita medica che 1) deve essere funzionale dal punto di vista medico (*medically functional*); 2) deve fornire al paziente le informazioni necessarie in forma comprensibile (*informative*); 3) deve consentire e anzi facilitare l'espressione delle preoccupazioni, dei vissuti di malattia, dell'agenda del paziente (*facilitative*); 4) deve essere “responsiva” rispetto allo stato emotivo del paziente e alle sue preoccupazioni (*responsive*) e 5) il medico deve aiutare il paziente ad assumere un ruolo attivo e responsabile nel colloquio medico e nelle decisioni che lo riguardano (*partecipative*).

Tabella 16. Indicatori di mutualità e visite delle tre specialità

| | Oncologia | | | Cardiologia | | | Chirurgia | | |
|-----------------------------|------------|--------|---------|-------------|-------|---------|-----------|---------|---------|
| | Giuseppina | Brenno | Melinda | Barbara | Hamad | Giorgio | Renzo | Armando | Lorenza |
| <i>Medically functional</i> | × | × | × | × | × | × | × | × | × |
| <i>Informative</i> | × | × | × | × | × | × | △ | △ | △ |
| <i>Facilitative</i> | × | × | □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
| <i>Responsive</i> | × | × | × | △ | △ | × | × | × | × |
| <i>Participatory</i> | × | × | □ | × | □ | × | □ | □ | × |

× = caratteristica presente nella visita

□ = caratteristica assente nella visita

△ = caratteristica parzialmente presente

L'attenzione rivolta a questi indicatori nei casi che abbiamo analizzato sembra in effetti utile per identificare il livello di mutualità delle varie visite (Tabella 16). Il quadro che emerge sembra confermare la presenza di molte caratteristiche di mutualità nelle visite dell'oncologia; si conferma, viceversa, che mancano diverse rilevanti caratteristiche nelle visite della chirurgia (in particolare mancano gli interventi che servono a facilitare l'espressione del paziente e a renderlo partecipe del processo di cura, infine l'informazione è generalmente limitata ad alcune generali nozioni circa tempi e modi dell'intervento senza approfondimenti di alcuna natura); intermedia risulta la situazione della cardiologia in cui mancano gli interventi "facilitatori" (il medico non indaga il vissuto del paziente né ne facilita l'espressione) e quindi la "responsiveness". Abbiamo indicato come "responsive" i comportamenti dei medici nei casi di Giorgio, Renzo, Armando e Lorenza (viste caratterizzate dallo stile paternalistico) in quanto proprio l'adozione di uno stile paternalistico è risultato adeguato alle esigenze relazionali del paziente.

Questo studio si era anche proposto (secondo obiettivo) di cercare di comprendere se e come le modalità comunicative variano in relazione alle caratteristiche del medico (ad esempio in relazione al suo stile comunicativo), alle caratteristiche del paziente (ad esempio in relazione al tipo e alla gravità della patologia) e al grado di conoscenza reciproca di medico e paziente.

Le osservazioni compiute non consentono di fornire risposte definitive a questi interrogativi ma solo di avanzare ipotesi interpretative a questo proposito. Abbiamo visto, in particolare, che è difficile distinguere le variabili contestuali (obiettivi della visita, fase della malattia, tipo di intervento terapeutico somministrato) dalle variabili personali del medico (intese soprattutto come stile comunicativo). E' difficile cioè comprendere se i *pattern* comunicativi identificati siano frutto di uno stile personale, e dunque abbastanza stabile, legato a fattori

personali se non addirittura personologici del medico o se essi non siano piuttosto una strategia comunicativa del medico che risponde agli scopi precisi della situazione o del paziente (o meglio, a quelle che il medico ritiene che siano gli obiettivi della situazione o del paziente). Le relazioni del chirurgo, ad esempio, con i suoi tre pazienti risultano infatti piuttosto simili tra loro, molto più simili di quanto non lo siano quelle dell'oncologia e della cardiologia dove invece il paziente, con i suoi bisogni e le sue emozioni, sembra entrare maggiormente nella costruzione della relazione, tanto che le tre storie relazionali, ad esempio, dei tre pazienti dell'oncologia risultano molto diverse tra loro.

I fattori principalmente responsabili di questa differenza possono probabilmente essere ricondotti ad una serie di ipotesi: 1) da una parte può esservi una diversa capacità del medico di cogliere e di rispondere alle esigenze – anche psicologiche e relazionali – del paziente (*responsiveness*); 2) ancora, tale differenza può essere funzione della diversa fase di malattia in cui i pazienti si trovano: in chirurgia i pazienti hanno generalmente ricevuto comunicazione di diagnosi da meno tempo e sono forse più “traumatizzati”, essi hanno bisogno per questo motivo di essere particolarmente guidati e tendono quindi a costruire insieme al chirurgo uno stile della visita più direttivo; in fasi successive della malattia le esigenze psicologiche e relazionali cambiano e probabilmente aumenta per molti il bisogno di partecipare maggiormente alla propria cura e di collaborare di più con il proprio medico (come avviene in oncologia ma soprattutto in cardiologia); 3) un terzo fattore può essere legato alla diversa natura dell'intervento medico previsto nelle tre diverse specialità (l'intervento chirurgico, di cui è totalmente responsabile il medico; la chemioterapia, somministrata dal personale sanitario ad un paziente che deve monitorare attentamente le proprie reazioni; infine la terapia antiipertensiva, totalmente autogestita dal paziente); 4) infine possono essere coinvolte le caratteristiche personali dei tre professionisti che per loro stile tendono a considerare e a trattare i pazienti, chi più e chi meno, come bambini (o viceversa come adulti) con la conseguenza che i pazienti tendono a comportarsi più o meno passivamente o più o meno attivamente (facendo così emergere la propria personalità e le proprie esigenze) a seconda del medico.

Possiamo soprattutto pensare che tutte queste variabili risultino importanti e che tutte interagiscano nel processo di costruzione della relazione. Possiamo inoltre ipotizzare che le relazioni che alla fine risultano più soddisfacenti (è il caso, praticamente, di tutte le relazioni che abbiamo analizzato nel nostro studio) siano quelle in cui queste variabili risultano in qualche modo coerenti, in cui i bisogni del paziente e le necessità psicologiche legate alla fase di malattia, ad esempio, siano in sintonia con gli obiettivi e lo stile del medico. In questo caso

la definizione di “cosa si fa insieme” e di “come lo si fa” risulta da una comunicazione fatta di continui reciproci riconoscimenti e conferme (come avviene nel caso di Giorgio e nel caso di Giuseppina). Quando non vi è questa sintonia la relazione deve invece essere costruita attraverso una negoziazione, una messa in discussione dei presupposti che ciascuno dei due “attori” porta con sé all’inizio dell’incontro (come è avvenuto soprattutto nel caso di Melinda e di Hamad).

Infine è stato possibile osservare le variazioni delle dinamiche comunicative in relazione alle caratteristiche qualitative degli “atteggiamenti relazionali” dei medici e dei pazienti (terzo obiettivo dello studio).

In particolare si sono rilevate ridondanze nelle dinamiche comunicative “entro” i singoli casi. Ogni coppia medico-paziente mostra tipiche dinamiche, il ripetersi, attraverso la comunicazione, di schemi relazionali che con il progredire da una visita alla successiva tendono a venir consolidati e confermati.

Abbiamo visto, ad esempio, come sin dal primo minuto l’oncologo lasci a Giuseppina lo spazio per esprimere le proprie emozioni, lo fa rimanendo in silenzio e lasciando la parola alla paziente. Questa mostra da subito, prima attraverso il linguaggio analogico (soprattutto l’espressione del viso, un inizio di pianto), la sua paura e la preoccupazione. Questo schema si ripete frequentemente nelle tre visite e alle espressioni del viso si aggiungono richieste anche molto esplicite, verbalizzate, di rassicurazione da parte del medico che continuerà a lasciare molto spazio soprattutto all’espressione delle emozioni, espressione che anzi è frequentemente sollecitata da domande che autorizzano la paziente a proseguire il suo discorso.

Anche con il sig. Brenno il medico tende, dal punto di vista della comunicazione, a lasciare soprattutto spazio e ad assecondarlo, gli dà il tempo necessario per poter fronteggiare le sue paure. Non interrompe mai le divagazioni (sulla professione del paziente, sul cibo, sulla conoscenza comune di altri medici dell’ospedale). Anche in questo caso è la pratica dell’ascolto a caratterizzare lo stile comunicativo del medico. Questo fa sì che le modalità relazionali del paziente (il fatto di scherzare, di divagare su argomenti non inerenti la cura) divengano pian piano un aspetto della relazione che la caratterizza.

Anche il cardiologo, nel caso di Barbara, tende a lasciare molto spazio alla paziente. Sebbene da questo medico non siano impiegate, quali tecniche comunicative, domande aperte tese ad indagare il vissuto di malattia, la storia di Barbara e le sue esigenze (essere “considerata”,

“ascoltata”, “presa sul serio”) emergono proprio grazie allo spazio che il medico lascia alla paziente, che egli ascolta in silenzio e con molta attenzione.

Questi tre casi sono accomunati, dal punto di vista comunicativo, soprattutto dall’ascolto, dall’indagine (o almeno dalla conoscenza) del punto di vista del paziente e delle sue aspettative. Naturalmente anche la risposta del medico a quanto va emergendo circa la posizione del paziente è rilevante (perché conferma o disconferma la dinamica relazionale che si va sviluppando) e quindi non solo il fatto di indagare l’*agenda* del paziente ma soprattutto il fatto di riuscire a “coglierla” (essere “*responsivi*”) rende la relazione di tipo mutualistico nonché soddisfacente ed efficace. Questo aspetto della relazione è estremamente relativo e strettamente connesso al contesto ed è quindi difficilmente rilevabile mediante strumenti di analisi che non tengano conto, ad esempio, della sequenzialità degli scambi comunicativi e del significato che ogni azione comunicativa assume per ognuno degli attori dell’interazione.

Diversamente da quanto osservato nei casi discussi fin qui, nel caso di Melinda e delle figlie (oncologia) il medico sembra scegliere di non lasciare troppo spazio alle emozioni, sceglie di “guidare” la relazione, di utilizzare uno stile direttivo per evitare l’ingenerarsi di ulteriore confusione nella paziente. Tale strategia è stimolata, sembra di poter dire, dalle incalzanti domande delle figlie, domande denotanti spesso confusione, idee poco chiare e tendenza smarrirsi di fronte ad ogni nuova informazione. Dal punto di vista della comunicazione, ad esempio, mancano le domande volte ad indagare il vissuto della paziente, che il medico sembra non voler fare emergere, le domande sono quasi esclusivamente chiuse e riguardanti il *disease*, il tono della voce è più alto e perentorio che negli altri due casi seguiti dall’oncologa.

Anche nel caso di Giorgio (cardiologia) il medico non indaga il vissuto del paziente o la sua *agenda*. E’ tuttavia il paziente a mostrare da subito le sue aspettative e le sue idee (che peraltro ha ben chiare): vuole risolvere i suoi sintomi e chiede al medico di essere soltanto un “bravo esperto”. La risposta del medico si adegua a questa richiesta e la relazione viene impostata dai due attori, in completo e armonico accordo, in senso “paternalistico”. Dal punto di vista degli atti comunicativi il ruolo del medico si esprime ad esempio attraverso le numerose categorizzazioni ed il frequente ricorso a riepiloghi, interventi che sembrano avere principalmente lo scopo di imprimere nella mente del paziente la propria rappresentazione di malattia (la rappresentazione dell’esperto) e assicurarsi così l’effettivo miglioramento del paziente.

Questi casi sono accomunati dal fatto che lo stile relazionale utilizzato, che abbiamo definito *paternalistico*, è stimolato dal paziente: è il paziente ad invitare il medico in una

conversazione che prevede che questi diriga, che sia l'esperto e che assuma su di sé la responsabilità delle decisioni alle quali il paziente si adegua in modo passivo. In uno dei due casi ciò avviene perché questo risulta utile alla paziente che ne ha *bisogno*; nell'altro perché è il paziente, sembra, a *preferire* una simile modalità relazionale.

I restanti casi, quelli di Renzo, Armando e Lorenza, i pazienti della chirurgia, così come quello di Hamad (cardiologia) sono infine caratterizzati dalla fondamentale passività del paziente e dall'attività, complementare, del medico. Ancora una volta è difficile dire se si tratti di una caratteristica dello stile del medico o di una "forma" assunta dalla relazione in virtù di altri fattori, ad esempio di tipo contestuale. Questi quattro pazienti appaiono in effetti spaventati, a tratti confusi. Non emerge mai, ma soprattutto non viene indagato, il loro vissuto, il loro punto di vista. D'altra parte sembrano loro per primi a non "portare" nulla di proprio al medico, essi ne ascoltano, viceversa, le indicazioni e i consigli partecipando in questo modo alla co-costruzione dello stile paternalistico della visita. Il caso del chirurgo risulta estremamente interessante dal punto di vista delle modalità comunicative: sin dai primi momenti egli tende a dare molta confidenza, a scherzare e a parlare di aspetti personali della vita dei pazienti creando così un clima disteso. Non si tratta mai, tuttavia, di conversazioni riguardanti il modo personale del paziente di intendere e vivere la malattia allo scopo di indagarne il vissuto. Si tratta quasi sempre, piuttosto, di strategie rivolte a sviare l'attenzione del paziente dal tema estremamente ansiogeno della malattia e dell'intervento. Il messaggio sembra essere che sarà il medico ad occuparsi tutto, che non c'è motivo di preoccuparsi, non c'è bisogno di pensarci, è sufficiente delegare al medico (che ad esempio ripete più volte "*Mi dà carta bianca in sala?*", "*Mi autorizza ad avere le mani libere?*").

3.4 Studio 2: Il rapporto medico-paziente e il ruolo della comunicazione nelle rappresentazioni dei medici

Come è stato già precisato, l'intento di questo secondo studio era quello di esplorare le rappresentazioni che i protagonisti della scena (la visita medica) hanno del rapporto tra medico e paziente e della comunicazione tra di essi. Ritenevamo che ciò avrebbe utilmente contribuito ad una migliore comprensione del contesto, sia pure rappresentazionale e/o "culturale" che fa da sfondo alle visite mediche "reali", alle scelte e ai comportamenti osservabili e in parte osservati (v. studio 1). Uno sfondo dal quale tali scelte e comportamenti non derivano in maniera diretta e immediata ma nel quale essi si inscrivono e dal quale traggono parte del loro significato.

Lo studio è stato però effettuato sui soli medici. Per motivi di opportunità si è infatti scelto di non gravare sulla difficile situazione dei pazienti evitando di chiedere la loro disponibilità a collaborare a questa fase della ricerca e accettando in questo modo i limiti imposti da tale scelta.

3.4.1 Obiettivi

Lo studio si è posto il duplice obiettivo di ricostruire da una parte l'insieme di rappresentazioni condivise dai medici coinvolti – i cosiddetti "aspetti consensuali" della rappresentazione (Reicher e Sani, 1998); di individuare dall'altra parte gli aspetti che differenziano le loro posizioni soprattutto nei confronti delle tematiche concernenti il rapporto tra medico e paziente e il ruolo attribuito alla comunicazione nel processo di cura.

Guidati soprattutto dai modelli teorici elaborati nell'ambito degli studi della relazione tra medico e paziente (Engel, 1977; Roter, 2000) e della comunicazione in medicina (Moja e Vegni, 2000), eravamo in particolar modo interessati a comprendere:

1. quali fossero le dimensioni componenti le rappresentazioni e quale la loro articolazione, con particolare riferimento alla rappresentazione del *medico*, del *paziente*, della *relazione* tra medico e paziente, del ruolo svolto in tale rapporto

dalla *comunicazione* ed il significato ad essa attribuito nel processo di cura;

2. se nelle rappresentazioni dei medici coinvolti fossero rintracciabili gli elementi caratterizzanti dei modelli teorici discussi (cfr. paragrafo 2.4) che distinguono il costruito di medicina centrata sulla malattia (*disease centred*) e di medicina centrata sul paziente (*patient centred*);
3. se l'emergenza di tali modelli fosse diversamente rintracciabile nelle rappresentazioni dei diversi gruppi di medici considerati. Ci attendevamo, infatti, che nei sistemi di significati di volta in volta delineati, emergessero elementi condivisi – trasversali rispetto alle diverse discipline specialistiche praticate, alle caratteristiche personali (genere ed età), all'anzianità di servizio – ma anche elementi di differenziazione legati alla specialità medica praticata o a posizioni personali riguardanti i significati attribuiti alla professione e gli aspetti chiamati in causa per motivarne la scelta;
4. se fossero infine rintracciabili rappresentazioni della relazione tra medico e paziente basate sulle diverse tipologie di distribuzione del potere ipotizzate da Roter (2000).

3.4.2 I medici coinvolti

I medici coinvolti sono 20, tutti operanti nel medesimo Policlinico Ospedaliero e Universitario anche se dediti a specialità diverse. Ci si è infatti rivolti ad un gruppo di medici quanto più eterogeneo possibile allo scopo di ottenere un quadro delle rappresentazioni e delle idee espresse quanto più possibile ricco e significativo. Le specialità mediche rappresentate in tale gruppo sono 17: oncologia, nefrologia, medicina palliativa, ematologia, geriatria, gastroenterologia, pneumologia, cardiologia, malattie infettive, dermatologia, medicina trasfusionale, medicina riabilitativa, chirurgia dei trapianti, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia generale, otorinolaringoiatria, chirurgia della mano.

Come riportato in Tabella 17 il gruppo dei 20 medici coinvolti è composto da 11 maschi e 9 femmine. La loro età media è pari a 45 anni (con un *range* compreso tra i 32 anni ed i 60 anni) e l'anzianità media di servizio di 15 anni (con un *range* tra i 2 anni e i 30 anni di servizio).

Tabella 17. Descrizione dei medici coinvolti

| Medico | Specialità praticata | Genere (11 M 9F) | Età (Media 45,1) (Dev. St. 7,99) | Anzianità di servizio (anni) (Media 15,05) (Dev. St. 8,71) | Ente di appartenenza |
|--------|----------------------------|---------------------|--|--|----------------------|
| N°1 | Oncologia | F | 32 | 2 | Ospedale |
| N°2 | Geriatria | F | 35 | 5 | Ospedale |
| N°3 | Nefrologia | M | 51 | 20 | Ospedale |
| N°4 | Medicina Palliativa | M | 53 | 20 | Ospedale |
| N°5 | Chirurgia dei trapianti | M | 60 | 30 | Università |
| N°6 | Otorinolaringoiatria | F | 34 | 4 | Ospedale |
| N°7 | Ematologia | M | 48 | 19 | Ospedale |
| N°8 | Cardiologia | M | 42 | 11 | Ospedale |
| N°9 | Chirurgia dei trapianti | M | 37 | 2 | Ospedale |
| N°10 | Pneumologia | M | 54 | 28 | Ospedale |
| N°11 | Ematologia | M | 48 | 15 | Ospedale |
| N°12 | Chirurgia Maxillo-Facciale | M | 46 | 17 | Ospedale |
| N°13 | Medicina Trasfusionale | F | 43 | 17 | Ospedale |
| N°14 | Dermatologia | F | 47 | 13 | Ospedale |
| N°15 | Nefrologia | F | 56 | 29 | Ospedale |
| N°16 | Malattie infettive | M | 41 | 14 | Università |
| N°17 | Chirurgia generale | F | 46 | 17 | Università |
| N°18 | Gastroenterologia | M | 51 | 20 | Università |
| N°19 | Chirurgia della mano | F | 33 | 2 | Ospedale |
| N°20 | Riabilitazione | F | 45 | 16 | Ospedale |

Per poter procedere ad un'analisi comparata, destinata a mettere in luce analogie e/o differenze delle posizioni assunte dai medici che praticano le varie specialità si è ritenuto opportuno raggruppare i medici stessi in due principali aree di intervento: una costituita da coloro che si occupano di *cronicità* (oncologia, ematologia, medicina palliativa, malattie infettive, nefrologia, riabilitazione, geriatria, medicina trasfusionale) e un'altra area costituita da medici che affrontano problemi di natura più *acuta*, area composta prevalentemente da chirurghi (chirurgia generale, chirurgia dei trapianti, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia della mano, otorinolaringoiatria, ma anche cardiologia, pneumologia e gastroenterologia) (si veda la Tabella 18).

Tabella 18. I medici coinvolti raggruppati per aree di intervento, anzianità di servizio e genere

| Anzianità di Servizio | Aree di intervento | Maschi | Femmine | |
|-----------------------|--------------------|---|--|----|
| > Anzianità | Cronicità | -1 Dott. N°4 (medicina palliativa) -2 Dott. N°3 (nefrologia) -3 Dott. N°7 (ematologia) | -1 Dott.ssa N°15 (nefrologia) -2 Dott.ssa N°20 (riabilitazione) | 5 |
| | Acuzie | -3 Prof. N°5 (chirurgia dei trapianti) -4 Dott. N°10 (pneumologia) -5 Prof. N°18 (gastroenterologia) | -6 Prof.ssa N°17 (chirurgia generale) -7 Dott.ssa N°14 (dermatologia) | 5 |
| < Anzianità | Cronicità | -8 Dott. N°11 (ematologia) -9 Prof. N°16 (malattie infettive) | -10 Dott.ssa N°1 (oncologia) -11 Dott.ssa N°2 (geriatria) -12 Dott.ssa N°13 (medicina trasfusionale) | 5 |
| | Acuzie | -13 Dott. N°8 (cardiologia) -14 Dott. N°9 (chirurgia dei trapianti) -15 Dott. N°12 (chirurgia maxillo facciale) | -16 Dott.ssa N°6 (otorinolaringoiatria) -17 Dott.ssa N°19 (chirurgia della mano) | 5 |
| | | 11 | 9 | 20 |

Una distinzione, questa, che tiene conto del fatto che mentre i medici che trattano le patologie croniche tendono ad instaurare rapporti duraturi e spesso intensi con i loro pazienti, i medici che incontrano i loro pazienti in fasi acute della patologia dispongono invece di pochi incontri che molto spesso sono destinati dal medico all'applicazione delle sue competenze professionali di intervento piuttosto che alla conversazione.

3.4.3 Lo strumento di indagine

I dati sono stati raccolti tramite un'approfondita intervista semi-strutturata somministrata a ciascuno dei 20 medici. Le interviste si sono svolte presso il Policlinico di Modena. Dopo una sintetica illustrazione degli scopi dello studio sono stati raccolti alcuni dati socio-anagrafici successivamente registrati su una scheda compilata al momento dell'intervista (sesso, età, specializzazione, anzianità di servizio). Le interviste sono state condotte sempre individualmente con modalità faccia a faccia in modo che ai medici fosse consentito di esprimere il più liberamente possibile i propri vissuti, le opinioni, i pensieri e le rappresentazioni con cui essi affrontano la propria professione.

La durata media delle interviste è stata di 1 ora e 2 minuti (la più breve è durata 35 minuti mentre la più lunga è durata 1 ora e 34 minuti).

Le interviste sono state audio-registrate e successivamente trascritte integralmente per essere

analizzate mediante analisi tematica del contenuto.

La scelta dell'intervista semi-strutturata quale strumento di indagine è stata dettata da valutazioni di carattere metodologico, valutazioni che indicavano tale strumento come il più appropriato per far emergere i punti di vista dei soggetti intervistati (Cicognani, 2002). L'intervista semi-strutturata non pone infatti vincoli rigidi rispetto al momento, alla sequenza o al modo in cui gli argomenti sono affrontati; essa offre perciò la possibilità di instaurare un rapporto più aperto con l'intervistato e di entrare così, per quanto possibile, in profondità, nel suo mondo psicologico e sociale (Cicognani, 2002). Il ricercatore viene guidato, nella somministrazione, da una traccia o "guida di intervista" che lo aiuta ad assicurarsi di avere trattato tutti i temi rilevanti per la ricerca. L'ordine con il quale i vari temi vengono affrontati ed il modo di formulare le domande sono, comunque, lasciati alla libera decisione e alla valutazione dell'intervistatore. Ciò rende possibile fare dell'intervista semi-strutturata uno strumento aperto e flessibile pur restando all'interno di uno schema prestabilito (Amaturo, 1993).

L'intervistatore è stato quindi lasciato libero di impostare la conversazione su un certo argomento, ponendo le domande con le parole che reputava migliori, di spiegarne il significato, di chiedere chiarimenti o approfondimenti quando necessario, di stabilire un personale stile di conversazione. In sintesi, si è scelto di condurre l'intervista in modo da concedere ampia libertà ad intervistato ed intervistatore, garantendo nello stesso tempo che tutti i temi rilevanti fossero discussi e tutte le informazioni necessarie raccolte (Corbetta, 2003).

La traccia è l'elemento centrale per la predisposizione e l'uso dell'intervista semi-strutturata: si tratta del punto di partenza per la definizione delle aree di informazione rilevanti per la ricerca. La traccia, come afferma Amaturo (1993), è la base per l'articolazione operativa dei contenuti oggetto di analisi. La funzione della traccia, sempre secondo Amaturo, risulta duplice: da un lato essa costituisce un riferimento per l'intervistatore, sia per la conoscenza generale di ciò che si vuole conoscere, sia per un monitoraggio diretto, durante l'esecuzione dell'intervista, di quello che sta emergendo e di quello che occorre far emergere; dall'altro lato, la presenza di domande precise, da porre obbligatoriamente, costituisce un utile schema di riferimento per standardizzarne la formulazione e rendere confrontabili informazioni emerse da diversi intervistati.

Nel nostro studio l'intervista era articolata secondo uno schema a più livelli. Le aree tematiche sono state desunte in parte dall'analisi della letteratura di settore (Cavicchi, 2004;

Manghi e Tomelleri, 2004), ma soprattutto sono state il risultato di una fase pilota dello studio realizzata tramite tre interviste esplorative proposte ad altrettanti medici dell'ospedale in cui si è svolta la ricerca. Le interviste della fase pilota hanno consentito di desumere le aree tematiche di maggiore interesse, le criticità e la rilevanza delle medesime in modo empirico e diretto. Le aree tematiche messe a fuoco per la costruzione della traccia, e quindi da affrontare con la somministrazione dell'intervista, sono presentate di seguito (Tabella 19). (Per la traccia completa dell'intervista si veda in Appendice l'allegato 2.)

Tabella 19. Traccia di intervista: aree tematiche

-
- A) *Le idee in generale sulla medicina e sulla pratica della medicina* intese come patrimonio condiviso, costruito anche socialmente, dai componenti della classe medica nel suo complesso: l'importanza attribuita alla relazione tra medico e paziente, a confronto con quella attribuita alle componenti biomediche della malattia e della cura, il ruolo attribuito dai medici alla comunicazione nel processo di cura.
 - B) *Le caratteristiche della cura* così come vengono valutate dal medico: il suo modo di vedere e di considerare il "curare", il suo modo di "rappresentarsi" ciò che accade durante l'incontro con il paziente, come egli spiega ciò che accade realmente in termini di scopi, strategie e tecniche della cura in medicina (ad esempio l'utilizzare una comunicazione più centrata sulla malattia, sull'oggetto, o viceversa più centrata sulla relazione), gli eventi concreti, le azioni, i comportamenti e i vissuti connessi alla pratica della cura e all'incontro con il paziente.
 - C) *Il ruolo degli altri attori in "scena"*: l'incidenza delle altre figure rilevanti - la famiglia e i colleghi - sul processo di cura e sulla relazione tra medico e paziente.
 - D) Percezione e opinioni riguardanti *i cambiamenti in medicina in atto* e in prospettiva futura (con particolare riferimento al rapporto tra medico e paziente).
 - E) *Comunicazione, abilità comunicative* del medico.
-

Queste cinque aree tematiche sono state utilizzate soltanto come traccia-guida dell'intervista. Nell'esecuzione delle interviste si è cercato di dare maggior spazio possibile ai medici intervistati affinché essi avessero la possibilità di descrivere liberamente il proprio punto di vista sulla medicina e sulla professione medica, di evidenziare quelle che ritengono essere per loro le priorità e di descrivere il modo con cui essi vivono la loro esperienza professionale di medici.

3.4.4 Analisi delle interviste mediante il programma Atlas-ti

Tutte le interviste sono state audio-registrate e quindi trascritte per essere infine sottoposte ad analisi mediante il programma Atlas-ti. Si è scelto di utilizzare il programma Atlas-ti poiché si tratta di un *software* per l'analisi qualitativa che consente proprio di elaborare una grande quantità di dati di tipo testuale (Mantovani e Spagnoli, 2003) e per questo motivo adatto alle necessità del nostro studio. Il programma è stato sviluppato per permettere un approccio fondato sulla *Grounded Theory*: questo fa sì che esso sia alquanto flessibile e perciò adatto ad «un certo tipo di ordinamento concettuale che include la generazione sistematica di teorie attraverso l'interazione tra la mente e le abilità del ricercatore e i dati» (Mantovani e Spagnoli, 2003, p.242). Si è sfruttata proprio questa caratteristica dello strumento per esplorare la ricchezza dei dati ottenuti tramite le interviste nonché i nessi rintracciabili tra le innumerevoli categorie di contenuto emerse nel corso dell'analisi.

Dopo aver creato la cosiddetta Unità Ermeneutica (*Hermeneutic Unit, HU*) si è proceduto con la codifica di tutte le venti interviste: le unità di analisi scelte sono state le frasi o gli insiemi di frasi dotate di un medesimo significato (Mazzara, 2002). E' stato così costruito un insieme di codici (che sono poi divenuti le sotto-categorie dell'analisi del contenuto), raggruppati in famiglie (le tematiche dell'analisi del contenuto: *Medico, Paziente, Relazione, Comunicazione, Medicina e Ospedali*) che hanno costituito la base per tutte le analisi successive.

Un campione di citazioni (il 10%) è stato sottoposto ad una ulteriore codifica da parte di un giudice indipendente⁷. La concordanza tra i due giudici non è risultata particolarmente elevata, tuttavia essa risulta sufficiente secondo i criteri segnalati come adeguati per la ricerca qualitativa (Mazzara, 2002, p. 68). L'indice di concordanza è infatti risultato pari a 0,71.

I dati sono poi stati utilizzati in modo aggregato: sono state impiegate le frequenze per descrivere in prima istanza la rilevanza assunta dalle varie categorie di contenuto nel gruppo dei 20 medici. Le frequenze sono state anche utilizzate per descrivere i profili di medico emergenti nonché per effettuare il confronto tra sotto-gruppi di medici. Si è infine utilizzata la caratteristica del programma Atlas-ti di produrre rappresentazioni grafiche (*network views*) dei vari elementi della rete costituita dall'intera Unità Ermeneutica per analizzare in dettaglio l'organizzazione delle diverse rappresentazioni emerse dalle interviste.

⁷ Il giudice che ha codificato le interviste è un ricercatore esperto dell'Università degli Studi di Parma, la dott.ssa Chiara Foà.

3.4.5 Risultati

1) *Dimensioni delle rappresentazioni dei medici e loro articolazione*

Dall'analisi del contenuto effettuata sulle 20 interviste sono emerse 5 tematiche principali riguardanti rispettivamente: il *Medico*, il *Paziente*, la *Relazione* tra medico e paziente, la *Comunicazione* (una specificazione della tematica Relazione che è risultata importante alla luce degli scopi dello studio), la *Medicina* e gli *Ospedali* (una specificazione della tematica Medico che puntualizza comunque aspetti non tanto legati al professionista o alla persona del medico quanto piuttosto al contesto in cui questi opera).

Ogni tematica è risultata descritta da più specifiche categorie di contenuto, illustrate in dettaglio nella Tabella 20. Nella stessa tabella figurano anche i totali delle frequenze di citazione rilevate in ciascuna delle cinque aree tematiche emerse.

Tabella 20. Le categorie di contenuto emerse dall'analisi

| |
|--|
| MEDICO (5 categorie, 21 sotto-categorie, 607 citazioni) |
|--|

VALUTAZIONE DELLA FIGURA DEL MEDICO

1. Immagine negativa del medico
2. Immagine positiva del medico
3. Immagine del medico ideale

MEDICO COME PERSONA

4. Medico nella realtà professionale
5. Caratteristiche personali del medico
6. Influenza della vita privata/personale sulla sfera professionale
7. Emotività del medico e necessità di una corretta distanza emotiva
8. Emotività del medico e possibilità di un grande coinvolgimento

MOTIVAZIONE DELLA SCELTA PROFESSIONALE

9. Conoscenza scientifica
10. Pratica tecnica
11. Curare le persone nella loro complessità
12. "Missione"

CARATTERISTICHE DELLA PRATICA DELLA PROFESSIONE

13. Peculiarità della propria specialità rispetto alle altre
14. Le componenti di fatica e stress nel lavoro del medico
15. Demotivazione e disamoramento del personale sanitario
16. Soddisfazione derivante dalla pratica della professione
17. Onnipotenza del medico
18. Impotenza, limite, autosvalutazione del medico

FORMAZIONE ALLA PROFESSIONE

19. Importanza dello studio/aggiornamento professionale
20. Importanza della formazione specifica alla comunicazione e alla relazione
21. Importanza dell'esperienza

PAZIENTE (2 categorie, 13 sotto-categorie, 243 citazioni)

PAZIENTE

1. Paziente visto nella sua "interezza"
2. Paziente attivo, autonomo e collaborativo
3. Paziente passivo, che si affida al medico
4. Paziente bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione
5. Paziente informato
6. Paziente soddisfatto e riconoscente
7. Paziente opprimente, troppo esigente
8. Paziente aprioristicamente diffidente
9. Paziente spaventato
10. L'aspetto biomedico dei casi trattati: la gravità e complessità delle condizioni del paziente

FAMILIARI

11. Familiare come figura importante, indissolubile dal paziente
12. Familiare collaborativo, di supporto alla cura
13. Familiare opprimente, troppo esigente, di ostacolo

RELAZIONE (4 categorie, 11 sotto-categorie, 336 citazioni)

VALUTAZIONE DELLA RELAZIONE

1. Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente
2. Relazione negativa (difficile, frettolosa o conflittuale) con il paziente

MODALITA' DI PARTECIPAZIONE ALLA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE:

3. Ascolto fondamentale nella relazione e nella cura
4. Vicinanza, contatto fisico tra medico e paziente
5. Asimmetria della relazione tra medico e paziente

CAMBIAMENTI AVVENUTI NELLA MEDICINA E NELLA RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE

6. Cambiamenti avvenuti nella medicina e nella relazione tra medico e paziente

RELAZIONE CON I COLLEGHI

7. Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile
8. Relazione con i colleghi utile e costruttiva
9. Relazione con i colleghi difficile e conflittuale
10. Relazione con gli infermieri importante e positiva
11. Relazione difficile con il personale infermieristico

COMUNICAZIONE (6 categorie, 10 sotto-categorie, 163 citazioni)

COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE

1. Comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente
2. Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento
3. Comunicazione con il paziente carente o trascurata

COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA

4. Comunicazione con la famiglia più complessa e difficile che con il paziente

COMUNICAZIONE NELL'ÈQUIPE

5. Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe
6. Delega ad altre figure (infermiere, psicologo...) della comunicazione

DIFFICOLTA' NELLA COMUNICAZIONE

7. Comunicazione difficile per motivi organizzativi
8. Comunicazione difficile perché emotivamente forte

FORMAZIONE ALLA COMUNICAZIONE

9. Formazione alla comunicazione inesistente nei percorsi ufficiali

COMUNICAZIONE DAI MASS MEDIA

10. Comunicazione e informazioni trasmesse dai *mass media*

OBIETTIVI DELLA MEDICINA

1. Obiettivi della medicina: guarire la malattia e curare il paziente
2. Primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico
3. Primato della relazione umana su quella professionale
4. Inscindibilità dei due aspetti: tecnica e relazione

CRITICITÀ DELLA MEDICINA

5. Ipertecnicismo e parcellizzazione delle competenze
6. Difficoltà ad integrare le diverse specialità
7. Difficoltà e criticità dell'organizzazione del reparto o dell'ospedale

LE MEDICINE ALTERNATIVE

8. Le medicine alternative

Il Medico

Nella prima area tematica (“Medico”) – la tematica con la maggiore articolazione (5 categorie e 21 sotto-categorie) e con il maggior numero di citazioni (607) – sono state incluse tutte le affermazioni che si riferivano al medico sia che questi fosse inteso dall’intervistato come professionista che come persona.

Alcune categorie di questa tematica sono risultate di tipo *valutativo*, come ad esempio “Immagine negativa del medico”, “Immagine positiva del medico”, “Immagine del medico ideale”: in queste categorie sono state inserite le frasi che, pur descrivendo aspetti diversi della professione, contenevano una valutazione, positiva o negativa, della figura del medico da parte dell’intervistato.

Le altre categorie emerse dall’analisi risultano invece più *descrittive*: alcune di esse si riferiscono alla figura del medico come persona più che come professionista; alcune descrivono quelle che sono le motivazioni di una scelta professionale impegnativa e particolare; altre descrivono il medico come professionista, descrivono cioè le caratteristiche della sua pratica professionale; e infine alcune fanno riferimento alla formazione professionale del medico.

In particolare, la categoria “Medico come persona” è composta dalle sotto-categorie:

1. “Medico nella realtà professionale” (in qualche modo contrapposto alla categoria che si riferisce all’“Immagine del medico ideale”): in questa categoria sono inserite le frasi in cui l’intervistato fa riferimento al medico in quanto persona esistente, con aspetti di concretezza e realtà in contrapposizione alla figura spesso idealizzata che tende ad emergere nella categoria precedente;

2. “Caratteristiche personali del medico” (rientrano in questa categoria le frasi in cui ci si riferisce alle caratteristiche del medico come persona, il suo carattere, le sue propensioni, quello che di lui come persona e non come professionista, entra nell’agire di medico, ad esempio il fatto di sentirsi “portato” per questa professione, la sensibilità ecc.);
3. “Influenza della vita privata/personale sulla sfera professionale” (in questa categoria rientrano le frasi che indicano una contaminazione tra vita personale del medico e professione, l’interferenza della vita familiare in una professione molte volte totalizzante, le esperienze del passato, quali l’essere stati a propria volta pazienti, che possono modificare il modo di lavorare);
4. “Emotività del medico e necessità di una corretta distanza emotiva” (qui rientrano le frasi in cui i medici sottolineano il bisogno o la prassi del tenere a distanza, da un punto di vista emotivo, i loro pazienti);
5. “Emotività del medico e possibilità di un grande coinvolgimento” (in questa categoria, viceversa, sono incluse le frasi in cui si esprime il coinvolgimento intenso e talvolta eccessivo con i propri pazienti).

La categoria “Motivazione della scelta professionale” raggruppa tutte le categorie le cui citazioni si riferiscono alle motivazioni (generali o personali) che sottostanno alla scelta della professione medica. Tali motivazioni sono risultate di diversa natura per medici diversi e le sotto-categorie le descrivono nei termini di “Conoscenza scientifica”; “Pratica tecnica”; “Curare le persone nella loro complessità”; “*Missione*”.

La categoria “Caratteristiche della pratica della professione” raggruppa in sé sotto-categorie diverse che in comune hanno il fatto di descrivere vari aspetti della professione del medico: questa risulta descrivibile nei termini della specialità di cui ci si occupa (“Peculiarità della propria specialità rispetto alle altre”), della soddisfazione che deriva dalla pratica della propria professione (“Soddisfazione derivante dalla pratica della professione”), dal concetto di “Onnipotenza del medico” tipica di questa professione (in questa categoria sono raccolte le frasi in cui si fa riferimento alla possibilità del medico di sentirsi talvolta onnipotente, quando si salvano, ad esempio, delle vite umane), ma anche nei termini, al contrario dell’“Impotenza, limite, autosvalutazione del medico” (qui le frasi che indicano i rimproveri che il medico indirizza a se stesso, i limiti che si riconosce e che non lo portano ad agire come vorrebbe nonché quelle in cui ci si riferisce alla frustrazione della sua onnipotenza, quando a vincere è la malattia), della fatica e dello stress a cui si è sottoposti (“Le componenti di fatica e stress

nel lavoro del medico”), della conseguente demotivazione (“Demotivazione e disamoramento del personale sanitario”).

Infine alcune affermazioni degli intervistati si riferivano esplicitamente al tema della “Formazione alla professione”. In questa categoria vi sono le frasi che esprimono sia l’“Importanza dello studio/aggiornamento professionale” (quelle frasi in cui il medico sottolinea quanto è importante per fare questo mestiere studiare e aggiornarsi) che l’“Importanza della formazione specifica alla comunicazione e alla relazione” (le frasi in cui il medico sottolinea l’importanza di formarsi a materie psicologiche, alla relazione) così come l’ “Importanza dell’esperienza” (le frasi in cui il fa riferimento alla propria esperienza diretta come principale fonte di apprendimento della pratica medica, la relazione soprattutto. La maggioranza cita i propri maestri come fonte di ispirazione).

Il Paziente

Anche la rappresentazione del “Paziente” risulta abbastanza articolata (13 sotto-categorie, 243 citazioni). Le sotto-categorie sono di tipo descrittivo e sono state raggruppate in due grandi categorie: il “Paziente” e i “Familiari”. Il paziente è descritto sulla base delle sue caratteristiche, quelle di volta in volta sottolineate dagli intervistati: è così che il paziente è “Visto nella sua interezza”, “Attivo, autonomo e collaborativo” oppure “Passivo, che si affida al medico”, “Bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione”, “Informato”, “Soddisfatto e riconoscente” piuttosto che “Opprimente, troppo esigente”, “Aprioristicamente diffidente”, “Spaventato”. Il paziente è descritto anche nei termini della sua complessità da un punto di vista biomedico (“L’aspetto biomedico dei casi trattati: la gravità e complessità delle condizioni del paziente”, in questa categoria rientrano le frasi in cui il medico sottolinea le caratteristiche dei pazienti che segue, ad esempio che sono pazienti sempre molto gravi, complicati da seguire e impegnativi).

Le sotto-categorie che descrivono i familiari si riferiscono al loro essere importanti per il paziente (“Familiare come figura importante, indissolubile dal paziente”) anche se per alcuni intervistati questo risulta in una positiva collaborazione (“Familiare collaborativo, di supporto alla cura”) mentre per altri può risultare di intralcio (“Familiare opprimente, troppo esigente, di ostacolo”).

La Relazione tra medico e paziente

La tematica “Relazione” è risultata un’area alquanto rilevante (336 citazioni). Essa è composta da 11 sotto-categorie. Le prime due sotto-categorie sono quelle più rappresentative di questa tematica e sono di tipo valoriale ovvero raccolgono quelle citazioni dei medici che si riferiscono da una parte alla “Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente” e dall’altra alla “Relazione negativa (difficile, frettolosa o conflittuale) con il paziente”. Nel primo caso si tratta delle frasi che si riferiscono alla relazione positiva, empatica, con il paziente, alla relazione particolare che esiste tra medico e paziente che è intensa e basata sulla fiducia; le varie citazioni possono differenziarsi tra loro per la sottolineatura di aspetti diversi della relazione, ad esempio il rispetto e la collaborazione, la fiducia, l’intensità e la dipendenza, l’accoglienza e l’empatia. Nel secondo caso (relazione negativa) le citazioni si riferiscono alle difficoltà esistenti nella relazione tra medico e paziente a causa, ad esempio, della mancanza di tempo e della fretta, o alla relazione conflittuale tra medico e paziente che può arrivare sino alla denuncia legale o che comunque può far temere al medico la denuncia da parte del paziente. Le altre sotto-categorie sono di tipo più descrittivo e si riferiscono alle “Caratteristiche della relazione tra medico e paziente” intese in termini di ascolto (considerato “Fondamentale nella relazione e nella cura”), di vicinanza (“Vicinanza, contatto fisico tra medico e paziente) e della tipica “Asimmetria della relazione tra medico e paziente” (in questa categoria rientrano le frasi che fanno riferimento sia al fatto che la relazione è sbilanciata perché il medico ha più potere (e responsabilità) che quelle che descrivono la relazione tra medico e paziente come caratterizzata da una grande dipendenza del paziente dal medico). La relazione è poi descritta anche nei termini dei “Cambiamenti avvenuti nella medicina e nella relazione tra medico e paziente”: in questa categoria sono riportate tutte le frasi in cui il medico sottolinea il fatto che vi sono stati importanti cambiamenti nella medicina, la maggioranza delle volte gli intervistati indicano quali mutamenti essi ritengono siano stati i più rilevanti: oggi si presta meno attenzione al colloquio con il paziente, oggi c’è meno tempo da dedicare al colloquio con il paziente ecc.

L’ultima categoria è quella che descrive la “Relazione con i colleghi”. Le citazioni dalle interviste sono state raggruppate a seconda dell’enfasi posta sull’importanza dell’integrazione tra i vari saperi e tra le varie professionalità (“Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile”), sulla positività da una parte o sulla difficoltà e criticità del rapporto con i colleghi dall’altra (“Relazione con i colleghi utile e costruttiva”, “Relazione con i colleghi difficile e conflittuale”) o con gli infermieri (“Relazione con gli infermieri importante e positiva”, “Relazione difficile con il personale infermieristico”).

La Comunicazione medico-paziente

La tematica “Comunicazione” risulta quella che ha totalizzato il minor numero di citazioni (163). Le voci che la compongono erano state inizialmente incluse nella tematica “Relazione” tuttavia, data la centralità della comunicazione nel nostro studio, si è deciso di considerare queste voci come sotto-categorie di una tematica a sé stante per osservarne così in modo più sistematico l’articolazione ed il significato. Il particolare quello che è emerso in termini di organizzazione dei temi nelle interviste è che la comunicazione è, per i medici, rivolta a diversi tipi di interlocutori: “Comunicazione con il paziente” (“Comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente”, “Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento” e “Comunicazione con il paziente carente o trascurata”), “Comunicazione con la famiglia (in particolare la “Comunicazione con la famiglia è più complessa e difficile che con il paziente) e “Comunicazione nell’èquipe (“Comunicazione/integrazione all’interno dell’èquipe” e “Delega ad altre figure (infermiere, psicologo...) della comunicazione”). Altri aspetti della comunicazione che gli intervistati fanno emergere nelle loro interviste sono la “Difficoltà nella comunicazione (in particolare la “Comunicazione difficile per motivi organizzativi” e la “Comunicazione difficile perché emotivamente forte”), l’importanza della “Formazione alla comunicazione” (ad esempio sottolineando che la “Formazione alla comunicazione è inesistente nei percorsi ufficiali”) e infine il fatto che sempre più i *mass media* sono veicoli di informazioni mediche accessibili ai pazienti (“Comunicazione e informazioni trasmesse dai *mass media*”).

La Medicina e gli Ospedali

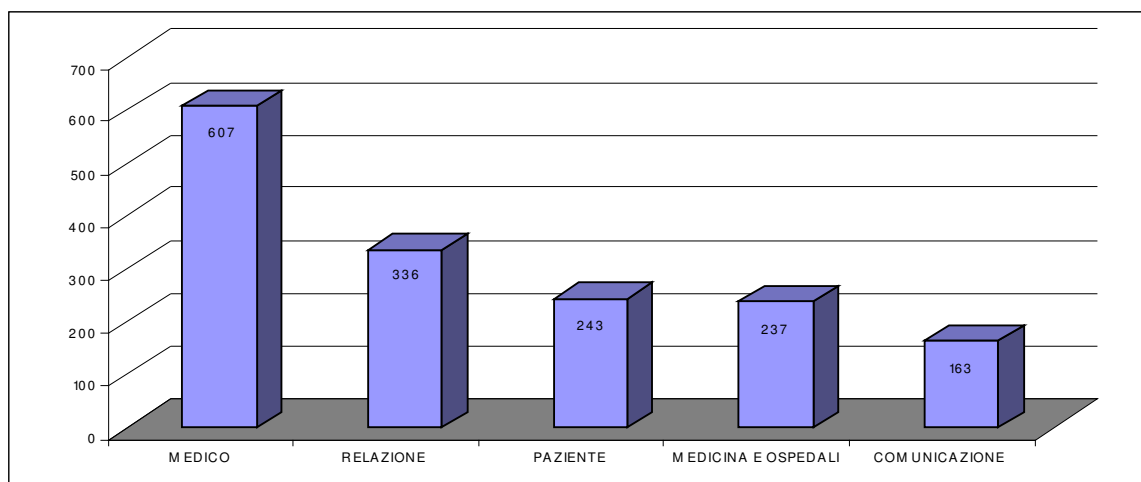
L’ultima tematica può essere considerata una componente della tematica “Medico”, si tratta della tematica “Medicina e ospedali” (8 sotto-categorie, 237 citazioni in tutto) e vi sono incluse le categorie e sotto-categorie che raggruppano quelle frasi dei medici che parlano della medicina in quanto scienza o disciplina o delle organizzazioni entro le quali la medicina viene praticata. Si tratta quindi di quelle citazioni in cui i medici hanno espresso la loro opinione circa gli “Obiettivi della medicina” ad un livello talvolta anche ideale o comunque teorico o circa le “Criticità della medicina”. Le sotto-categorie che compongono la prima categoria sono: “Obiettivi della medicina: guarire la malattia e curare il paziente” (raccolge le frasi in cui il medico spiega, parlando della medicina, qual è secondo lui l’aspetto più importante, l’obiettivo della medicina: per qualcuno è la malattia, per qualcun’altro è il paziente), “Primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico”, “Primato della

relazione umana su quella professionale”, “Inscindibilità dei due aspetti: tecnica e relazione” (in questa sotto-categoria sono incluse le frasi in cui il medico dichiara esplicitamente che le due componenti della medicina – tecnica e relazione – non sono separabili). Le sotto-categorie che compongono la categoria “Criticità della medicina” sono: “Ipertecnicismo e parcellizzazione delle competenze”, “Difficoltà ad integrare le diverse specialità”, “Difficoltà e criticità dell'organizzazione del reparto o dell'ospedale” (in questa sotto-categoria sono inclusi tanti aspetti anche diversi tra loro ma tutti accomunati dal fatto di riferirsi alle questioni organizzative della sanità: tempi di lavoro troppo stretti, i *ticket* da pagare, l'aziendalizzazione, il fatto che ai medici si richiedano grandi numeri di prestazioni, che l'organizzazione del reparto non sia adeguata agli obiettivi professionali, la burocrazia, la mancanza di risorse ecc.). Un'ultima pochissimo citata categoria tematica è quella riguardante le “Medicine Alternative” (2 citazioni).

Tentando una prima sintesi si potrebbe dire che la rappresentazione della medicina e della pratica della medicina che emerge dall'insieme dei nostri dati sia dunque articolata attorno ai due principali attori della “scena” (medico e paziente) e alla loro relazione con una discreta rilevanza attribuita poi al contesto culturale e organizzativo in cui questi attori si “muovono” (medicina e ospedali) che risulta costituire per gli intervistati la fonte del significato della loro professione da un lato e al contempo la causa delle difficoltà, i limiti più importanti alla pratica della professione. Un ultimo aspetto che rientra nella rappresentazione è infine la comunicazione, uno degli strumenti più importanti nella gestione della relazione con il paziente.

I vari aspetti (tematiche) sono comunque diversamente rappresentati nel gruppo di medici intervistati (Grafico 11). La tematica “Medico” è quella con la frequenza maggiore (607 citazioni): è come se i soggetti avessero parlato di più e più frequentemente di ciò che è loro più prossimo, loro stessi e le loro peculiari modalità di praticare la loro professione, per poi rappresentare la “Relazione” con i pazienti e con i colleghi (seconda tematica per frequenza, 336 citazioni), relazione che li coinvolge personalmente. La terza tematica è costituita dal “Paziente” seguita da “Medicina e ospedali” e solo in ultima istanza dal tema che probabilmente risulta per i medici più distante, anche se rilevante per la pratica professionale, la “Comunicazione”.

Grafico 11. Frequenze delle citazioni delle cinque tematiche



A partire da queste prime indicazioni di sintesi si procederà ora ad una più dettagliata analisi delle singole tematiche attraverso le quali gli intervistati hanno esplicitato le proprie rappresentazioni del *medico*, del *paziente* e della loro *relazione*, della *medicina* e degli *ospedali*, della *comunicazione*.

La rappresentazione del Medico

Il Medico è rappresentato dal gruppo degli intervistati, in modo complesso e a tratti ambivalente (Figura 3). La rappresentazione tende infatti a privilegiare la positività di un'immagine "ideale" di medico (citata da 12 medici su 20, 32 citazioni), specie quando gli intervistati si riferiscono all'origine della scelta professionale, alla motivazione che li ha condotti a fare il medico. Motivazione tendenzialmente percepita come destinata a far progredire la conoscenza scientifica (12 medici, 27 citazioni), a curare le persone nella loro complessità (10 medici, 19 citazioni), a praticare tecnicamente manovre anche molto complesse (5 medici, 16 citazioni).

"La professione medica, sostanzialmente, è di per sé interessante, nel senso che è sempre una sfida, diciamo, tra te e la patologia e quindi cerchi sempre in qualche modo di risolvere in favore del paziente questa battaglia." (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

"Il compito della medicina penso sia curare le malattie. La cura delle malattie passa anche, evidentemente, attraverso l'instaurare un rapporto con il paziente che sta male. Consiste principalmente nel curare malattie e in questo aver rapporti con gente malata, con persone malate." (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

"La manualità chirurgica, il tipo di studio che uno fa (...) a me piace moltissimo questa parte qua: cioè a me affascina il funzionamento dell'organismo di per sé." (Medico 19 – F, 33 anni, chirurgia della mano)

Lo studio approfondito e continuo (citato da 13 medici, 33 citazioni) qualifica questa figura professionale e le dà valore e tutto ciò è legato alla soddisfazione derivante dalla pratica professionale (7 medici, 9 citazioni).

“Secondo me (...) la preparazione del medico e l'intuito del medico sono preponderanti, proprio. La capacità di ragionare in modo trasversale, cioè quello che io oggi dico sempre ai miei studenti e che nessun studente di medicina oggi ha.” (Medico 18 – M, 51 anni, gastroenterologia)

“Ti trovi anche ad affrontare interventi tecnicamente molto complessi per cui il medico deve essere sempre aggiornato, cioè voglio dire bisogna sempre studiare, sapere, riguardare.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

A questa immagine di medico presentato come ideale (lo scienziato, il professionista colto) si confronta in modo dialettico, alle volte si contrappone, quella del medico “reale” (11 medici, 40 citazioni), rappresentato cioè con riferimento alle sue caratteristiche come persona (19 medici, 82 citazioni), all’influenza della sua vita privata (8 medici, 21 citazioni) e dell’esperienza (16 medici, 43 citazioni) sulla pratica professionale, alla sua emotività (“Possibilità di un grande coinvolgimento” citata da 13 medici su 20, 39 citazioni; “Necessità di una corretta distanza emotiva” citata da 9 medici, 21 citazioni).

“Chi fa l'oncologo un minimo la deve avere questa sensibilità, altrimenti non lo avrebbe mai scelto.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“E quindi, come dire, personalmente la criticità che mi sento di più è quella di (...) essere sempre certo che quello che faccio possa essere perfetto, anche se lo faccio con i mezzi e con l'esperienza che ho e con la coscienza e la scienza che penso di avere. Però la scienza è in evoluzione e la coscienza è in evoluzione.” (Medico 9 – M, 37 anni, chirurgia dei trapianti)

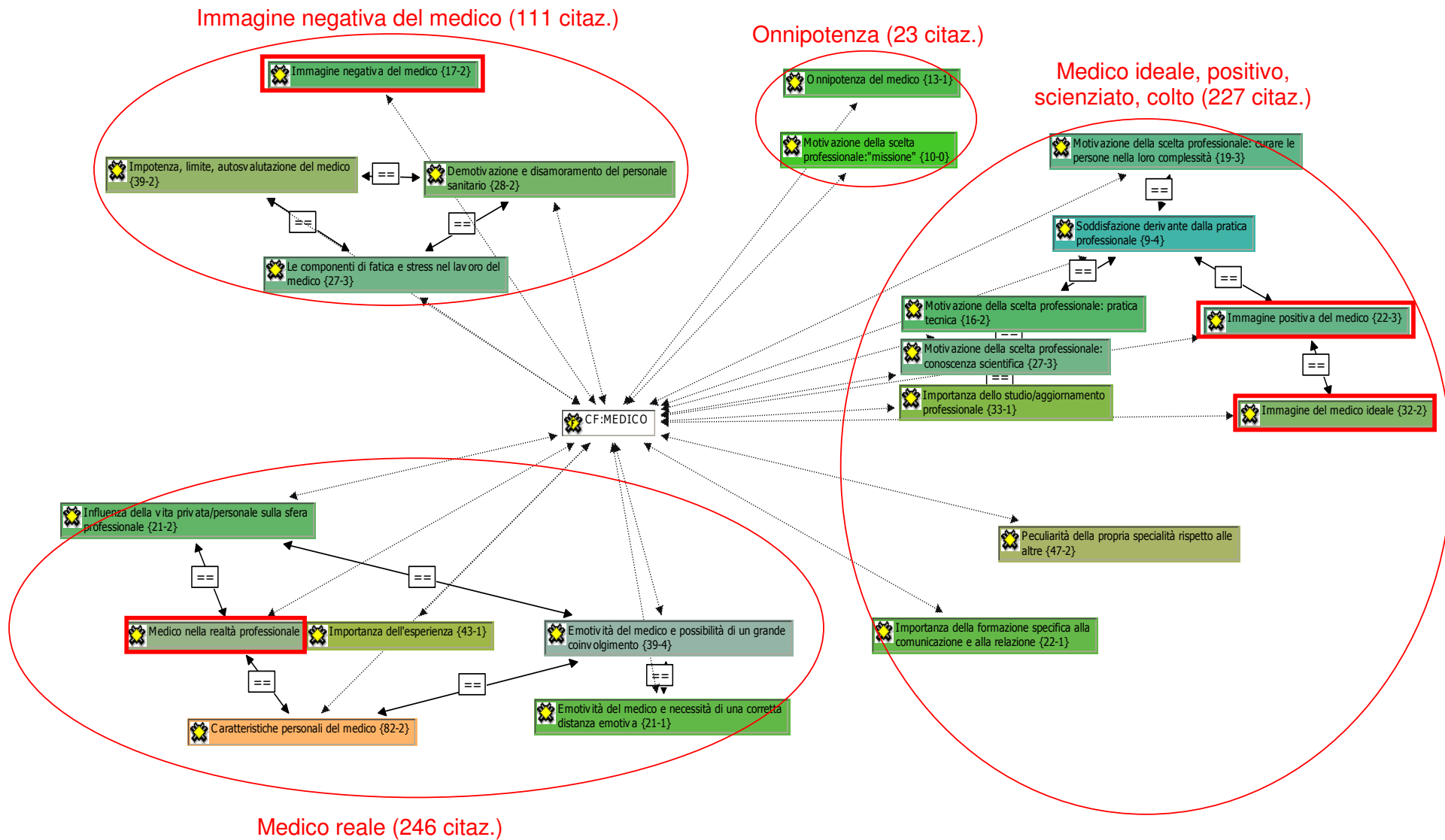
Una dimensione che emerge chiaramente è quella che ha a che vedere con l’onnipotenza del medico (8 medici, 13 citazioni) che sente di avere una “missione” salvifica (il potere di salvare vite umane) (5 medici, 10 citazioni).

“E' stata una cosa che doveva essere così, non voglio chiamarla vocazione che mi sembra più una cosa religiosa che altro, se dovessi dire perché ho scelto di fare questa professione non riuscirei a spiegarlo razionalmente, so solo che doveva essere così, lo dovevo fare.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Io volevo essere, come dicevo prima, nella medicina di frontiera e nella medicina di frontiera il trapianto è sicuramente il più affascinante perché ci pone di fronte a dei problemi di vita e di morte.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

“Mi affascina moltissimo l'aspetto intensivistico il poter controllare i parametri vitali del paziente. E' un po' una sensazione di onnipotenza medica se vuoi.” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

Figura 3. Rappresentazione del Medico



A questa immagine positiva e idealizzata del medico sembra contrapporsi nel mondo della realtà una visione del medico che ha anche aspetti negativi, un medico che si scontra con i propri limiti, la propria finitezza e impotenza (10 medici, 39 citazioni), aspetti tutti questi che rendono la professione di medico anche “stressante” e faticosa (8 medici, 27 citazioni) fino alla vera e propria demotivazione (5 medici, 28 citazioni).

“I medici hanno spesso paura della fatica, dell'impatto emotivo, proprio dell'impatto emotivo, è proprio questo: il non essere mai stati abituati a gestire le emozioni del paziente, e ovviamente le proprie in risposta a queste.” (Medico 7 – M, 48 anni, ematologia)

“Non esiste nessuno che non sia stressato, soprattutto all'inizio, dall'urgenza (...). La reazione finale dipende dalla preoccupazione e dallo stress delle prime urgenze.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

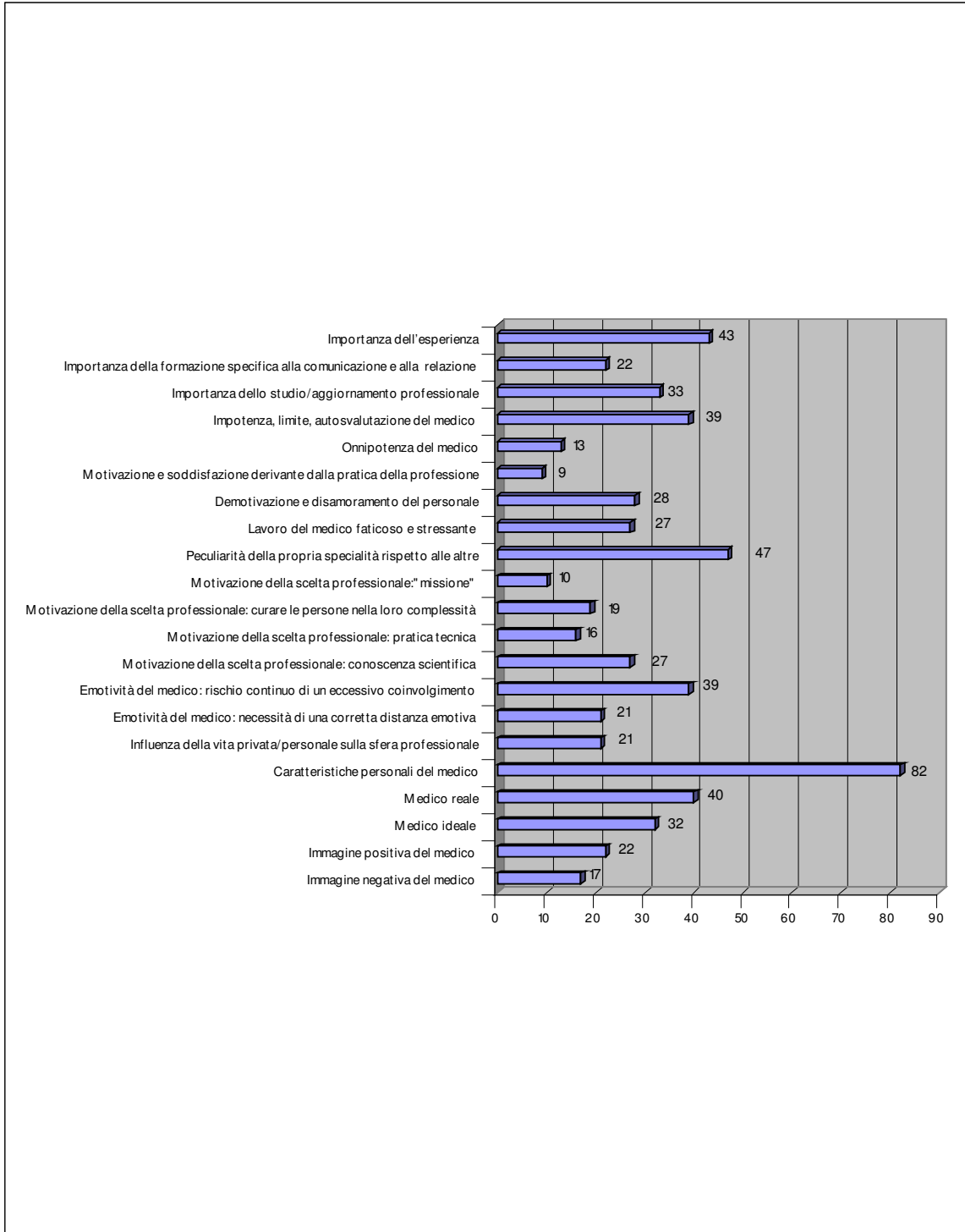
“Poi c'è l'errore umano che ci può stare perché purtroppo i medici non sono degli dei e sbagliano, c'è un range di possibilità che le cose vadano male, ma è "fisiologico", nel senso che è la conseguenza del fatto che comunque tu sei andato a fare qualche cosa (un intervento medico, NdR) che normalmente non dovresti fare su un organismo.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Analizzando più dettagliatamente le frequenze delle citazioni (Grafico 12) possiamo osservare che il medico è stato presentato nelle conversazioni con i nostri intervistati in modo preponderante come persona, ne sono frequentemente riportate le caratteristiche personali (82 citazioni provenienti da ben 19 medici), a conferma dell'idea che con questa professione ci si identifica profondamente e che il medico nel praticare il proprio mestiere si mette frequentemente in gioco personalmente.

“Uno non può fare questo mestiere se non ha determinate caratteristiche.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

“C'è qualche persona che è dotata, naturalmente dotata, che ha buon senso, un buon modo di condurre le relazioni in generale e lo applica anche lì (con il paziente, NdR); c'è qualcuno invece che è completamente negato” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

Grafico 12. Tematica “Medico”: frequenze delle citazioni delle sotto-categorie



Il secondo aspetto più citato è la peculiarità della propria professione rispetto alle altre. Ancora una volta è un aspetto prossimo al medico, concreto, ad essere molto citato. L'aspetto biomedico entra dunque nella rappresentazione del medico attraverso lo "specifico della propria professione" (47 citazioni di 12 medici)

“Per chi fa l'oncologo, come me, (...) è un lavoro particolare, non è proprio fare il medico "tout court" (...)” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Quando tu dai la notizia di una malattia cardiaca non è mai incurabile... se il paziente non è arrivato troppo tardi. Questa è la grossa differenza con altre specialità.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“Io ritengo che le malattie infettive, e in modo particolare l'AIDS, siano state e siano tuttora un'esperienza di comunicazione, a mio avviso, diversa da quanto è avvenuto in ogni altra branca della medicina.” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

e attraverso l'esperienza (43 citazioni di 16 medici).

“(Si impara, NdR) Forse invecchiando..., con l'esperienza, la maturità, il minor slancio... Sai, quando sei giovane le scoperte... le innovazioni ti eccitano... le nuove terapie... Forse con gli anni vedi che probabilmente devi fare un passo indietro.” (Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

“Io non so neanche se ho imparato, come tutti mi sono arrangiato utilizzando gli strumenti culturali che pensavo di avere, i modelli socio-culturali miei applicati. Una utilità, sicuramente l'ho avuta dalla maggior vicinanza, per motivi familiari, con il mondo della psicologia” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

Il medico rappresentato dagli intervistati è dunque anche un medico “reale” (questo aspetto è sottolineato da 11 medici su 20, 40 citazioni), con i propri limiti, i fallimenti (10 medici, 39 citazioni)

“E intanto vedi i pazienti che tu pensi "Io potrei curarli meglio e in questo momento non sto facendo tutto quello che posso per loro" e un po', sì in questo momento sono un po' in crisi, in questo momento della mia vita devo essere sincera.” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

“Mi accorgo che delle volte non riesco a dare nessun tipo di sollievo, ma non riesco ad andare oltre perché poi loro possono scriverti due cose, ma si innervosiscono a fare un tema di venti righe sulla loro problematica.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

nonché sentimenti ed emozioni (13 medici, 39 citazioni) che influiscono direttamente sulla pratica della professione medica.

“Le difficoltà le ho avute dove invece mi dovevo confrontare con una casistica, per fortuna non molto numerosa, di pazienti giovani o giovani adulti con malattie gravi ed irreparabili che mi chiedevano aiuto ed io mi sono coinvolta troppo e non ho avuto la fermezza di comunicare la verità, che è una cosa molto importante da comunicare.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Si creano comunque delle relazioni alle volte anche troppo strette...” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“E con questi pazienti cronici cominciavi a sviluppare un rapporto interpersonale a volte anche fin troppo personale, e lì io ho cominciato a pormi il problema che oltre alla medicina, oltre alla terapia cominci a conoscere i limiti delle terapie e quindi a sentirti spesso inadeguata.” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

La rappresentazione della Relazione

Le relazioni a cui fanno prevalentemente riferimento i medici intervistati sono quelle con i propri pazienti (inclusi i loro familiari) e quelle con i colleghi (inclusi gli infermieri) (Figura

4). Entrambe queste relazioni sono descritte sia positivamente che negativamente o comunque in modo critico: la relazione con il paziente è ritenuta da molti positiva, di fiducia ed empatica (18 medici, 69 citazioni), l'ascolto è ritenuto fondamentale nel processo di cura (8 medici, 19 citazioni) e rilevante nella cura risulta anche la vicinanza tra medico e paziente nonché il contatto fisico tra loro (4 medici, 7 citazioni).

“Sembra una banalità, ma quando il paziente viene riconosciuto allora dice “cavoli allora il dottore si ricorda di me, sa chi sono”. Questo è importantissimo perché fai vedere che ti ricordi e che hai a cuore la sua situazione.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Ecco stare accanto vuol dire ascoltare, nel senso che, dal mio punto di vista, la comunicazione è 90% ascolto e 10% parlare, questa è la situazione.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“Non bisogna essere avari di carezze, di prossimità con la persona, perché è ciò la persona si attende, cioè dargli la mano, la carezza, fargli una battuta, cioè fargli sentire che è importante e che non è un numero.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

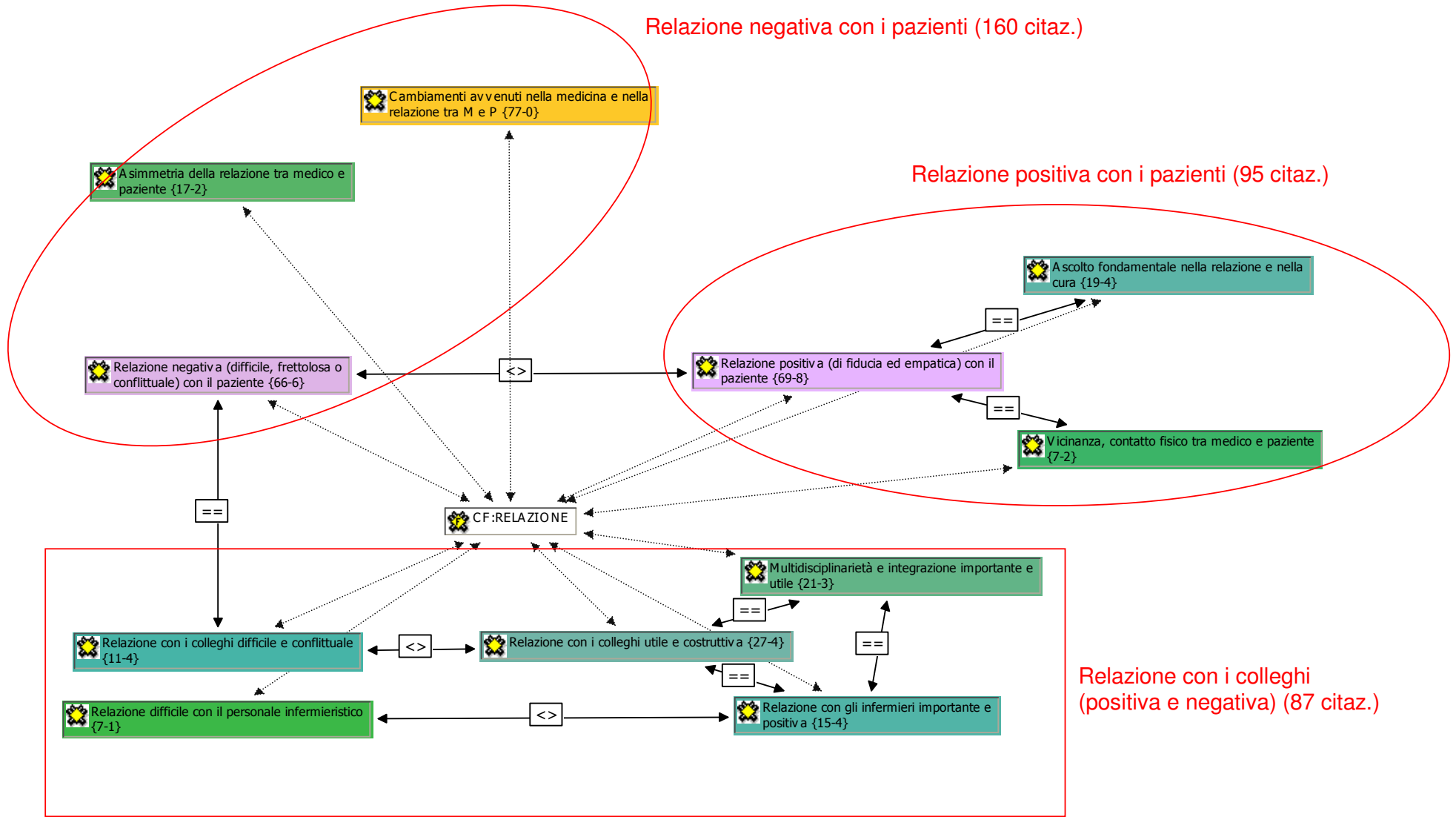
La relazione con il paziente può però essere vista anche come conflittuale (18 medici, 66 citazioni), strutturata in forma asimmetrica (7 medici, 17 citazioni), o caratterizzata dalla scarsa attenzione del medico, ma anche dalla più generale tendenza dei medici a dedicare poco tempo ai pazienti. Aspetti che si considerano uno dei cambiamenti intervenuti nella medicina e che sono valutati negativamente dai medici.

“L'altro aspetto è che ci stiamo americanizzando molto (...) ma questo probabilmente è secondario alla mancanza del rapporto di fiducia. C'è qualche cosa che non va ed il paziente fa causa e questo ha un effetto tremendo sul medico, perché come il paziente non si fida del medico, il medico arriva a trovarsi in una situazione di difesa. E anche questo va ad incidere negativamente sul rapporto medico-paziente.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

“Magari ci sono quelli (i medici, NdR) o troppo assoggettati al paziente oppure troppo... come posso dire... che hanno questo atteggiamento assolutamente dall'alto verso il basso, che non è proprio l'ideale, crea molta soggezione, magari non è visibile, comunque frena qualsiasi tipo di iniziativa da parte del paziente, per esempio fare una domanda.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

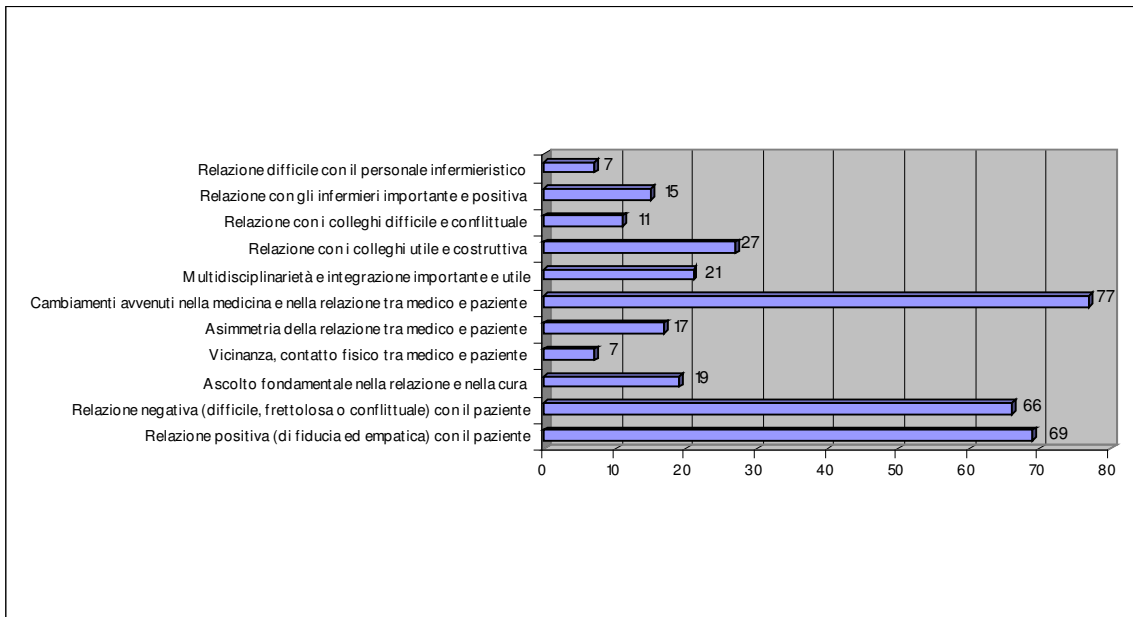
“Una volta avevamo medici che non erano formati in modo tecnico-scientifico su ogni aspetto, ma che avevano ancora un aspetto empirico, umano.. perché il mondo era diverso, perché era più facile averlo. (...) Adesso i più giovani non hanno una formazione tecnica su questo, cioè conoscenza tecnica in senso proprio formale...” (Medico 7 – M, 48 anni, ematologia)

Figura 4. Rappresentazione della Relazione tra medico e paziente



È proprio questo aspetto, quello relativo ai “Cambiamenti avvenuti nella medicina”, che prevale nelle affermazioni dei medici (77 citazioni provenienti da 17 medici) (Grafico 13).

Grafico 13. Tematica “Relazione”: frequenze delle citazioni delle sotto-categorie



I medici sembrano risentire della trasformazione della relazione tra medico e paziente che è intervenuta, a parer loro, negli ultimi anni, che essi riconoscono e che tendono ad attribuire ai mutamenti intervenuti nella medicina in quanto scienza (specie per la sua evoluzione tecnologica) e in quanto agente sociale. In questo modo i medici sembrano imputare a fattori esterni (scientifici e sociologici, appunto, inclusa la responsabilità di un sistema di insegnamento, quello universitario, che secondo loro non è più in grado di formare medici capaci di gestire adeguatamente la componente relazionale della professione) l'insufficiente presa in carico delle componenti comunicative e relazionali della professione medica.

Anche la relazione con i colleghi (11 medici, 27 citazioni) e con gli infermieri (9 medici, 15 citazioni) è vista positivamente come importante, utile e costruttiva

“Il risultato finale della cura dipende moltissimo dall'armonia del gruppo... armonia è una parola grossa, diciamo che ci siano delle regole condivise, ecco. Innanzitutto che esistano delle regole, poi che siano condivise e che siano applicate... è un microcosmo, una piccola repubblica questa qua, con tutti i problemi che...perché dal punto di vista gestionale è una struttura complessa, ci sono tante persone, insomma.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“La collaborazione, l'integrazione e la "complicità" che si ha tra medici e infermieri è fondamentale.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

ma al contempo come difficile e talvolta conflittuale (“Relazione con i colleghi difficile e conflittuale” citata 11 volte da 6 medici; “Relazione difficile con il personale infermieristico” citata 7 volte da 3 medici).

“Però, ecco, il feeling, la sensazione di dire "lavoro in un gruppo" non c'è, perché non c'è il gruppo anche in generale, qui sicuramente è così. Ci sono dei singoli rapporti.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“Il personale infermieristico è un po' la spina nel fianco, penso, in tutti i reparti.” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

La rappresentazione del Paziente

Il Paziente è rappresentato secondo varie “tipologie”, spesso anche in contrapposizione tra loro (tipologie di paziente “positive” e tipologie “negative”).

Gli intervistati fanno infatti riferimento ad un paziente informato (7 medici, 16 citazioni), attivo e collaborante (6 medici, 8 citazioni):

“Ci sono quelli più giovani sono desiderosi di capire assolutamente, anche quelli con un livello culturale più alto che sono desiderosi di capire sia che cos'hanno, sia a che cosa vanno incontro, sia a criticare anche ciò che viene fatto proprio perché si sentono.. si sentono.. con una capacità di confronto.” (Medico 9 – M, 37 anni, chirurgia dei trapianti)

“I pazienti adesso sono documentatissimi e arrivano che per la maggior parte queste cose sanno cosa sono e quando tu cominci a spiegare “Sì, lo so”.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

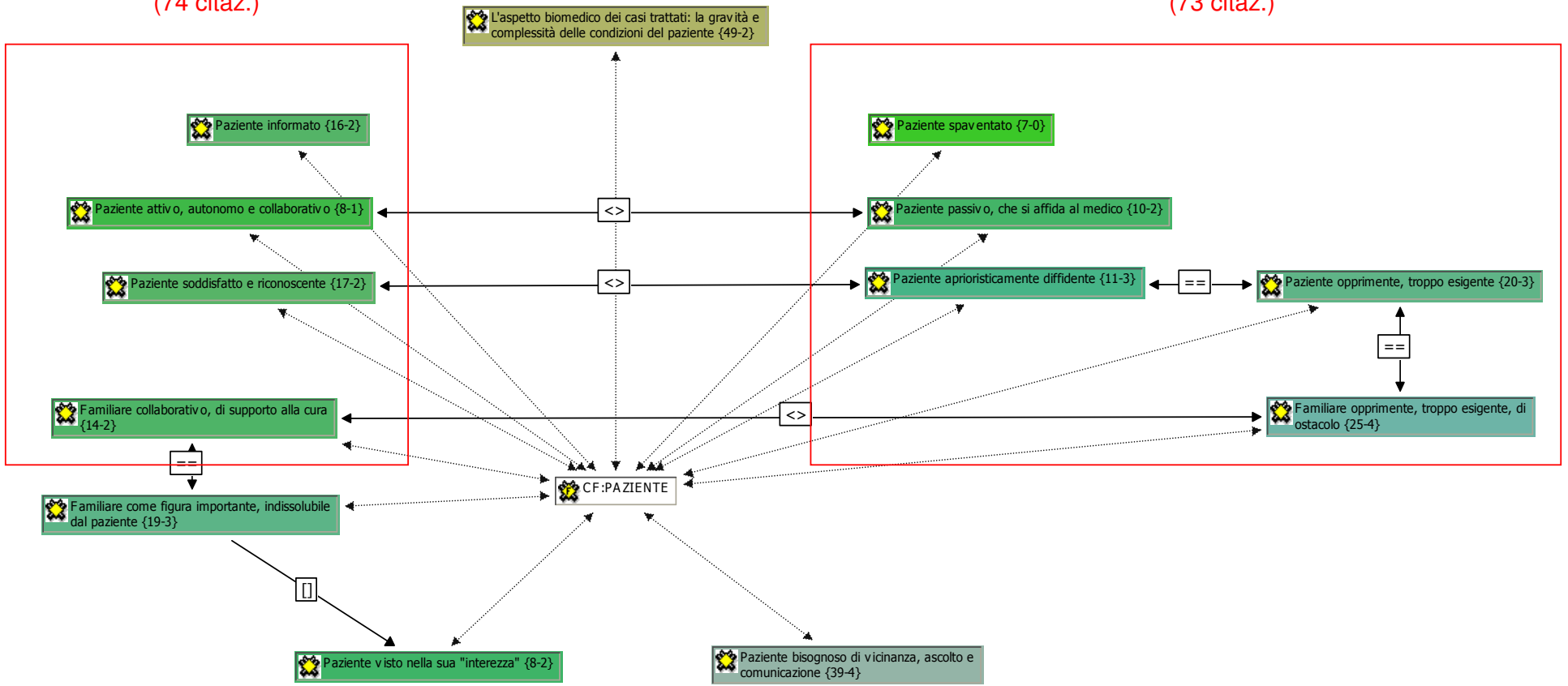
Il paziente è altresì rappresentato come spaventato (6 medici, 7 citazioni), passivo e che si affida completamente al medico (6 medici, 10 citazioni).

“Quando ti trovi di fronte il paziente che ti dice: "Faccia tutto lei, io non voglio sapere niente" e anche di fronte al tuo tentativo di spiegazione ti dice: "No, no io mi spavento, faccia quel che c'è da fare ma non mi chieda niente", dici: "Ok, io faccio e poi? Cosa ha capito questo e cosa non ha voluto capire"?. È quello che, per lo meno personalmente, mi crea più problemi.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Figura 5. Rappresentazione del Paziente

Tipologie "positive" di pazienti
(74 citaz.)

Tipologie "negative" di pazienti
(73 citaz.)



Il paziente è rappresentato, ancora, come riconoscente (9 medici, 17 citazioni), o, al contrario, diffidente (7 medici, 11 citazioni), ed eccessivamente esigente (11 medici, 20 citazioni).

“Il ritorno in termini di riconoscenza c'è e penso che paghi molto di più di uno stipendio in busta paga, perché in effetti avere la gratificazione e la sottolineatura che molto spontaneamente i pazienti fanno, mi gratifica molto di più...”(Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Hanno bisogno ma sono diffidenti, per cui il rapporto di fiducia è molto più difficile.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“E poi ci sono quelli dei quali non acquisti mai la fiducia e sembra che vengano qui a fare la terapia per farti un piacere. Ci sono alcune persone, sì, con cui non riesci mai ad entrare in empatia e a fare le terapie serenamente, a portare a termine un ciclo di terapie in maniera serena...” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

Allo stesso modo i familiari (che nelle rappresentazioni dei medici assumono un ruolo significativo) sono percepiti come collaborativi e di supporto in alcuni casi (10 medici, 14 citazioni) ma opprimenti e di ostacolo in altri (10 medici, 25 citazioni).

“Alcune volte il rapporto con i familiari è difficile... quella è la parte più snervante. Hai presente come una pila che si scarica? È così.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

Altre caratteristiche sottolineate dai medici nel descrivere i loro pazienti sono poi la gravità e la complessità dei problemi per cui i pazienti si rivolgono a loro (14 medici, 49 citazioni),

“C'è differenza se tu tratti con un paziente cronico o acuto, questo condiziona molto, perché è molto diverso il periodo in cui tu vedi questa persona, quindi il rapporto interpersonale è chiaro che è diverso. Perché, ripeto, se vedi una persona per tre giorni è un discorso, se lo vedi per tre anni una volta alla settimana o una volta ogni quindici giorni è una cosa molto diversa, quindi questo condiziona.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

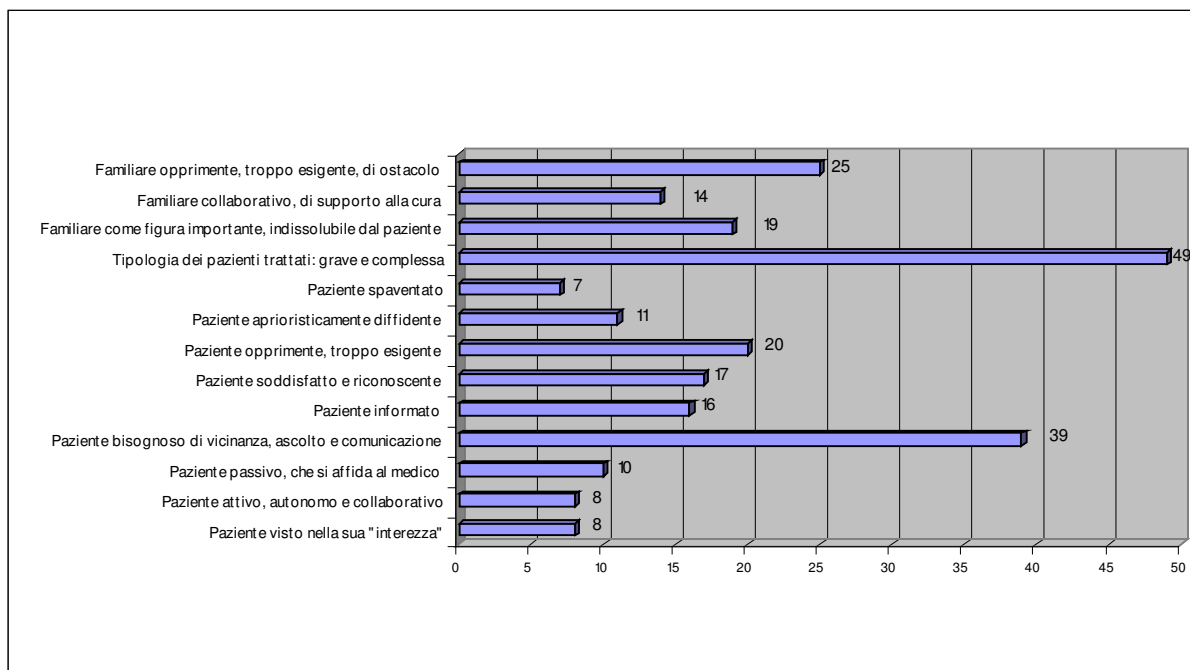
complessità che richiede che il paziente sia considerato nella sua interezza (2 medici, 8 citazioni),.

“Il mio modo un po' è questo: di vedere il paziente in tutto l'insieme.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

Il paziente (Grafico 14) sembra dunque essere visto soprattutto come portatore di problematiche gravi e complesse (49 citazioni provenienti da 14 medici) e quindi bisognoso di vicinanza e ascolto (39 citazioni di 16 medici).

“Molto spesso ti rendi conto lavorando in corsia che veramente avresti bisogno di molto più tempo perché a volte i pazienti anziani, ma non solo, anche quelli oncologici, i pazienti depressi, che se mai sono reduci da lunghi periodi in ospedale, hanno proprio bisogno di parlare, di raccontarti la loro vita (...)” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

Grafico 14. Tematica “Paziente”: frequenze delle citazioni delle sotto-categorie



Uno spazio discretamente ampio è dato poi dal fatto che queste urgenti esigenze rischiano di divenire eccessive da parte del paziente (20 citazioni di 11 medici), che viene vissuto come opprimente, o da parte dei familiari (25 citazioni, 10 medici) dai quali tali richieste sembrano risultare ancora meno accettabili da parte dei medici.

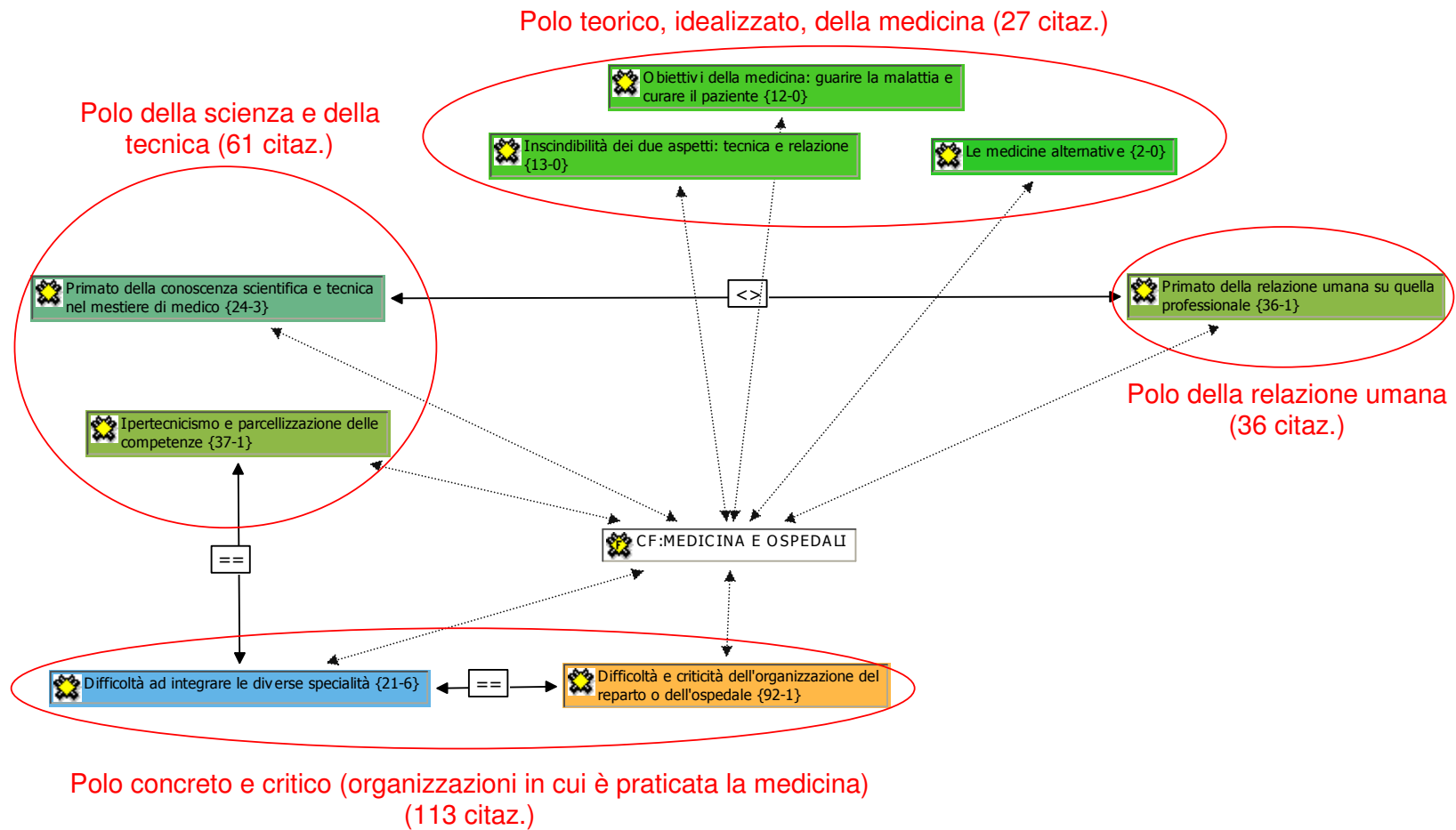
“Le aspettative dei pazienti sono massime. Loro vorrebbero tutto sostanzialmente. Loro si aspettano che tu li curi e nello stesso tempo li assisti anche psicologicamente” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“Io li vedo (i familiari) più di intralcio. Ma perché anche loro non sanno mai bene come muoversi. Magari chiamano dieci volte l’infermiera perché per loro il drenaggio è sporco quando in realtà è tutto normale, insomma non sanno bene neanche loro come affrontare la cosa.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

La rappresentazione di Medicina e Ospedali

Questa tematica risulta rilevante soprattutto perché consente di cogliere i rilievi critici che molti medici muovono alla disciplina e soprattutto alle organizzazioni nelle quali essa è praticata, nel nostro caso gli ospedali. Ne emerge un’immagine del contesto della pratica della medicina ancora una volta focalizzata tra un polo idealizzato e teorico e un polo più critico e concreto (Figura 6).

Figura 6. Rappresentazione di Medicina e ospedali



Nel primo caso i medici ragionano degli obiettivi “alti” della medicina, siano essi per taluni “guarire la malattia” o per altri “curare i pazienti” (5 medici, 12 citazioni) o, ancora, della fondamentale inscindibilità delle componenti tecnica e relazionale dell’agire medico (8 medici, 13 citazioni).

“Il punto di vista deve essere appunto, secondo me, di incentrarsi di più sul fatto dell'essere o non essere ammalato che non sulla malattia.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“E' un 50 e 50. E' necessario che ci sia una buona preparazione ma è necessario che sia anche la parte che ho appena descritto (accoglienza, empatia).” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

Nel secondo gruppo di sotto-categorie i medici sottolineano le difficoltà e le criticità dell’organizzazione dei reparti ospedalieri (17 medici, 92 citazioni), le conseguenze di un’ipertecnicismo e parcellizzazione dei saperi che rende difficile integrare le diverse specialità (14 medici, 37 citazioni).

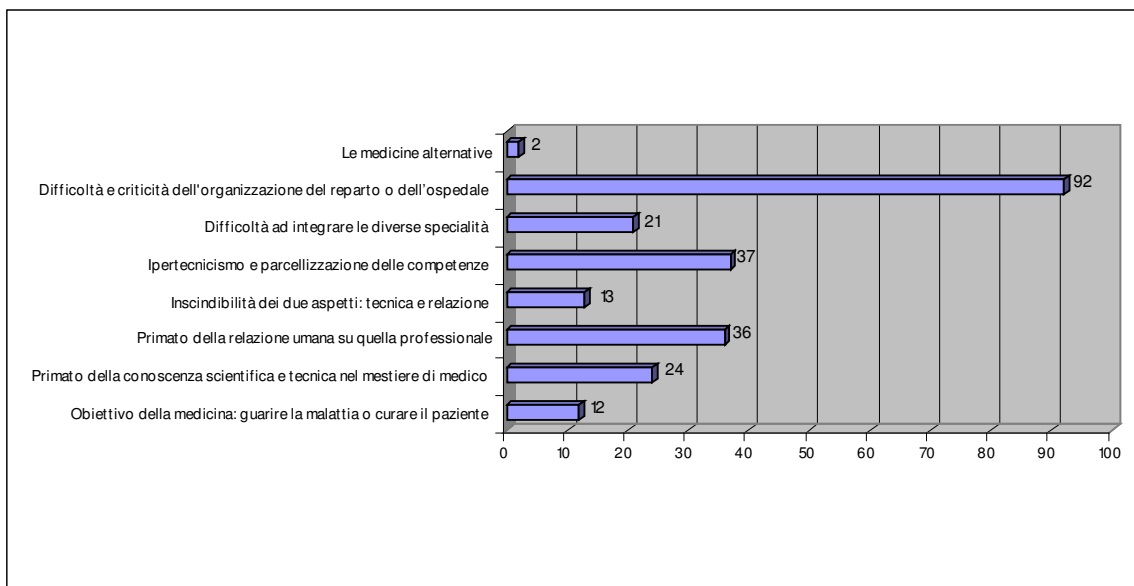
“Al di là dei fattori soggettivi ci sono dei fattori oggettivi (...). Molte volte sei costretto a lavorare in condizioni precarie, precarie vuol dire che lavori senza attrezzature aggiornate, senza strumenti, senza personale infermieristico, pochi medici, pazienti numericamente eccessivi rispetto a quelle che sono le possibilità dei reparti, pazienti gestiti in ambienti non idonei, per cui tutte queste condizioni possono demotivare chi ci lavora (...). È chiaro che chi ci lavora spinge sempre l'azienda affinché corregga questi disservizi e l'azienda (...) non risponde mai a queste esigenze.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“C'è sempre una parte di medicina difensiva che, soprattutto per le problematiche serie, difficili, o in quelle un po' nebulose, cerca di rimandare accertamenti su accertamenti e questo rende asettica certamente la relazione.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Il rapporto con i colleghi è chiaro che entra, perché nel momento in cui la medicina è multidisciplinare è chiaro che entra, è ovvio. Il rapporto con i colleghi, oggi come oggi lo vedo più come un ostacolo alla cura efficace nel senso che il rapporto con i colleghi, nella mia esperienza, è più spesso fonte di conflittualità fra medici, che per il paziente è la cosa più devastante o di frammentazione della cura del paziente.” (Medico 7 – M, 48 anni, ematologia)

È soprattutto l’aspetto delle criticità ad essere chiamato in causa dagli intervistati (si veda il Grafico 15): la medicina, e soprattutto gli ospedali, sono infatti visti in modo critico dai medici del nostro gruppo che parlano principalmente delle difficoltà e criticità dell’organizzazione (92 citazioni provenienti dalla maggioranza dei medici, 17) (questa è una delle sotto-categorie con maggiore frequenza in assoluto) e della deriva ipertecnicista e parcellare della medicina moderna (37 citazioni provenienti da 14 medici).

Grafico 15. Tematica “Medicina e ospedali”: frequenze delle citazioni delle sotto-categorie



Gli altri riferimenti riguardano soprattutto gli aspetti tecnico e relazionale della professione: con chi sostiene la prevalenza della relazione sulla tecnica (13 medici, 36 citazioni) e chi sostiene l'opposto (12 medici, 24 citazioni).

La rappresentazione della Comunicazione

La comunicazione sembra essere rappresentata dai medici in prima istanza con riferimento a quello che è l'interlocutore del medico: prima di tutto è comunicazione con il paziente, alle esigenze del quale la comunicazione stessa va adeguata e al quale si è tenuti a comunicare diagnosi e trattamento in termini di informazioni, informazioni che i pazienti ricavano sempre più frequentemente anche dai *mass media*.

Gli altri interlocutori del medico sono, in questa rappresentazione, la famiglia del paziente (con la quale la comunicazione appare come più difficile e complessa che con il paziente stesso) e l'équipe composta dai colleghi e dal personale sanitario con cui si collabora.

Figura 7. Rappresentazione della Comunicazione

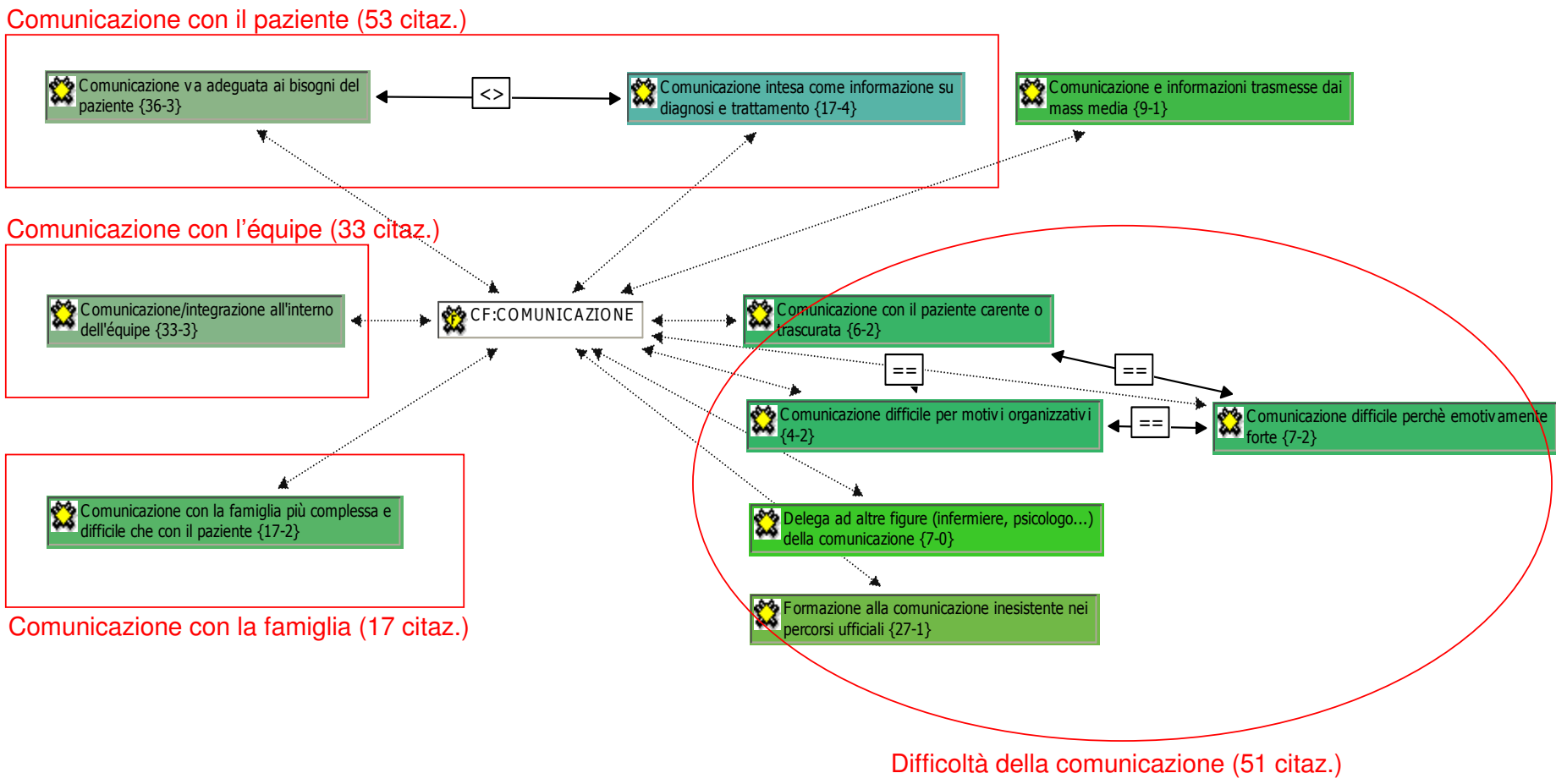
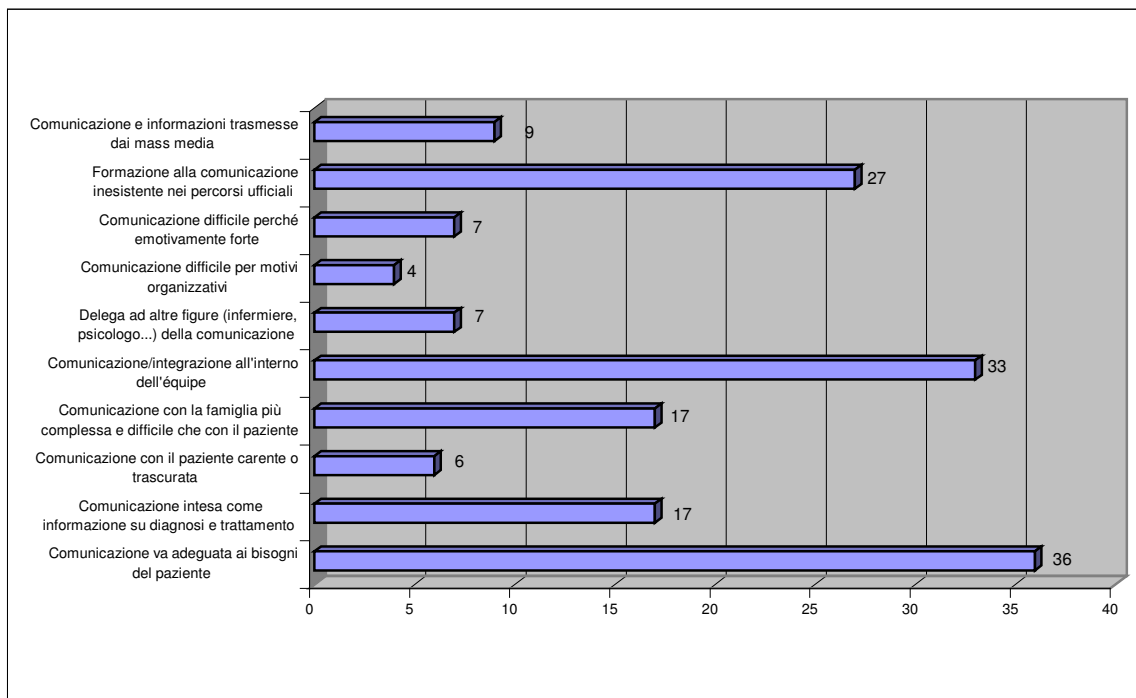


Grafico 16. Tematica “Comunicazione”: frequenze delle citazioni delle sotto-categorie



In particolare dall'analisi emergono due visioni principali della “comunicazione con il paziente”, visioni in buona misura in contrasto tra loro:

1) da una parte emerge la necessità/opportunità di adeguare la comunicazione al paziente e ai suoi bisogni: da una parte il paziente è quindi soprattutto bisognoso di ascolto e di vicinanza. In questo caso diventa rilevante la relazione: l'ascolto come competenza, l'empatia e la fiducia legate alla relazione positiva. In particolare sono 17, un'importante maggioranza, i medici per i quali la comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente (36 citazioni)

“Noi parliamo in termini tecnici, cerchiamo di essere convincenti e pensiamo che davanti a noi ci siano persone che ci dicono sempre "sì, si va bene" e invece non è poi così nella realtà. E proprio perché a volte non ci esprimiamo in modo giusto, o lo facciamo in modo aulico, che il paziente non ci capisce e allora non si fida, ma proprio perché non capisce.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“E' diverso approcciare il professionista quarantenne, l'invalido di ottanta, la ragazzina di venticinque che hanno malattie diverse e con vissuti diversi. E' chiaro che non puoi andare al letto di questi malati con lo stesso atteggiamento e con la stessa confidenza, familiarità...” (Medico 3 – M, 51 anni, nefrologia)

“Una cosa è il paziente che viene qui, che sta qui cinque o sei giorni e... una cosa è il paziente della lungodegenza. Il paziente che sta qui alcuni giorni chiede alcune cose, di cui poi vedrà l'effetto con il tempo, no, quando torna a casa, ma nell'immediato lui coglie quello. Non parlo del paziente che sta male male, con l'edema polmonare acuto, viene trattato acutamente dal reparto nostro e coglie il miglioramento in prossimità di essere dimesso, però molti pazienti che vengono da noi sono pazienti cronici. Anche questo è un aspetto importante, il reparto che vede il cronico, il reparto che vede l'acuto.” (Medico 18 – M, 51 anni, gastroenterologia)

2) La seconda visione è quella della comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento: il paziente in questo caso è visto soprattutto come paziente informato e dal punto di vista della comunicazione diventa rilevante soprattutto il contenuto degli scambi comunicativi consistente in informazioni scientifiche corrette su diagnosi e trattamento, informazioni derivanti eventualmente anche dai *mass media*. I medici che parlano della comunicazione con il paziente in questi termini (“Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento”) sono meno numerosi (5 medici, 17 citazioni).

“Le informazioni sono sia.. da dare sia sui benefici del trapianto, i rischi del trapianto e le motivazioni del non trapianto, perché in diversi casi bisogna anche controindicare un trapianto, e le motivazioni da dare sono quelle non inventate ma quelle evidenti; nel senso che quando non viene indicato un trapianto è perché i rischi superano i benefici, quando viene indicato è perché i benefici superano i rischi e comunque le informazioni anche quando viene indicato, le complicanze possono avvenire ugualmente anche quando ben indicato.” (Medico 9 – M, 37 anni, chirurgia dei trapianti)

“Secondo me va fatto anche nel consenso informato, poi alcuni dicono, non so, lo firmo così, mi firma anche le medicine, però secondo me è molto importante, alla maggior parte piace questa cosa qui, quando uno spiega l'intervento.” (Medico 12 – M, 46 anni, chirurgia maxillo-facciale)

Nel primo caso, che possiamo pensare come rappresentazione della comunicazione con il paziente nel modello della “Medicina centrata sul paziente”, la relazione è rappresentata come positiva, di fiducia, empatica e la relazione umana viene considerata prioritaria, nel rapporto di cura, rispetto alla relazione più strettamente professionale.

Possiamo considerare la seconda visione della comunicazione, invece, come tipica del modello di “medicina centrata sulla malattia” e quindi associata all’idea di un fondamentale primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico, più presente in chi ritiene che la motivazione della scelta professionale risieda nella conoscenza scientifica.

Nella rappresentazione della “Comunicazione” sono rappresentate anche le difficoltà e le “problematicità” legate alla comunicazione con il paziente nella pratica della medicina: per 3 medici ad esempio la comunicazione con il paziente è carente o trascurata (6 citazioni).

“Assolutamente inadatto ormai, cioè, spiegato o non spiegato il paziente firma, ma se tu vai a chiedere ad un paziente se sapeva tutto quello che avrebbe passato... lui no... poi non ti rinfacciano nulla, però sono terrorizzati. Loro tornano dalla terapia intensiva terrorizzati, perché magari non sapevano neanche che sarebbero andati in terapia intensiva, perché nessuno gliel'ha detto. Anche una notte sola, ma una notte in terapia intensiva in una stanza da soli, al buio, non possono parlare perché hanno una canula, al freddo e te lo raccontano anche dopo dei mesi, quando vengono ai controlli quella notte lì.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“Soprattutto tra i chirurghi, secondo me, la parte comunicativa è molto molto carente.” (Medico 19 – F, 33 anni, chirurgia della mano)

La comunicazione è poi resa difficile da motivi di tipo organizzativo (3 medici su 20, 4 citazioni) o dal fatto di essere troppo “forte” da un punto di vista emotivo (4 medici su 20, 7 citazioni).

“Qui non riesci... molte volte vedi gente che va avanti e indietro mentre tu magari stai parlando di cose delicatissime con qualcuno e c'è un andirivieni anche di personale medico che comunque interrompe, mette dei muri da un momento all'altro su persone che magari stanno piangendo e ti stanno chiedendo che cosa sarà della loro vita e non si riesce. L'alternativa ad un ambulatorio di questo tipo è una stanza di degenza che comunque è sempre abitata da almeno quattro persone per cui comunque si fa fatica.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“Per me è ancora una cosa che mette angoscia, comunicare al paziente che abbiamo finito i cicli, non abbiamo visto miglioramenti e quindi non riusciamo ad andare avanti. Anche perché ti dico, spesso abbiamo il problema di dire “Potrebbe beneficiare di una terapia che noi non facciamo”, questo spesso non lo comunichiamo al paziente, ma lo comunichiamo con lo specialista che l'ha in carico, gli diciamo “Guarda noi ci fermiamo qui, non riusciamo a fare quest'altra cosa, mandalo lì”.” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

Le difficoltà incontrate portano talvolta i medici a delegare la comunicazione ad altre figure (quali gli infermieri o gli psicologi) (5 medici su 20, 7 citazioni).

“Oggi penso però che questo aspetto (la comunicazione) sia un pochino più delegato all'infermiere che sta più a stretto contatto con il malato.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Spesso cerchiamo di delegare in realtà, vuoi lo psicologo che deve seguire il paziente oncologico, o che deve seguire il neuromuscolare...” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

Il familiare, infine, è visto, nel bene e nel male, come figura importante, inscindibile dal paziente. La comunicazione comprende pertanto la comunicazione con la famiglia del paziente che è rappresentata come più difficile e complessa che con il paziente (sia che il familiare sia considerato positivamente che negativamente) da 6 dei medici intervistati (17 citazioni).

“Adesso forse le esigenze poi dei pazienti sono cresciute tantissimo, quelle dei familiari poi sono esplose.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“Il familiare può, poi io parlo prevalentemente di pazienti che seguo in ambulatorio, però quando ci sono delle situazioni gravi il, giustamente forse, il parente non recepisce fino in fondo.” (Medico 15 – F, 56 anni, nefrologia)

La comunicazione è declinata anche nel senso della comunicazione interna all'équipe sia come strumento per fare integrazione e multidisciplinarietà che come ambito critico laddove specialismi e linguaggi tecnici rendono difficile lo scambio tra colleghi.

Ad esempio 13 intervistati parlano della “Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe” (33 citazioni) e rappresentano la multidisciplinarietà e l'integrazione tra professionisti come caratteristiche importanti e utili per la pratica professionale.

“Ci serve questo briefing per condividere la frustrazione vicendevole sia di noi dottori che degli infermieri di fronte a malati gravissimi, degenze lunghissime, malattie inguaribili... Il briefing può essere la sede per affrontare questi argomenti che altrimenti avremmo affrontato in cucina di notte e questo ha ridotto anche la comparsa di “false malattie” dovute allo stress...” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Noi bisogna che ci rendiamo conto che dobbiamo andare verso la creazione di strutture, se non fisiche ma comunque di collaborazione per la gestione multidisciplinare del paziente. Per cui, per me, ad esempio è fondamentale il fatto che opero un paziente neoplastico e lo rivedo assieme all'oncologia per la prima visita al COM, non perché l'oncologia da solo non riesca a far la visita ma perché il parlare, intanto il paziente arriva al COM con una figura che ha già visto e quindi comunque il chirurgo che l'ha operato lo accompagna ulteriormente verso il proseguo della terapia, perché il chirurgo non può fare solo il tecnico di sala operatoria, è un po' limitativo secondo me. Ciò che dicevano i vecchi chirurghi: “Se non opero non mi interessa” è una mentalità che nel 2007 non può andare avanti.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

La comunicazione con i colleghi di lavoro è dunque considerata importante e positiva, sia che si tratti della comunicazione con gli infermieri sia che si tratti degli altri medici anche se talvolta l'integrazione tra le diverse specialità risulta difficile per motivi per lo più organizzativi.

Infine, in un contesto in cui la comunicazione è considerata importante, molti medici ritengono che la formazione professionale a questo specifico tema non sia ad oggi sufficiente ed è valutata come inadeguata da 12 dei 20 medici intervistati (27 citazioni).

“Io come tanti altri della mia generazione non abbiamo avuto una formazione specifica su questo.” (Medico 3 – M, 51 anni, nefrologia)

“Quando ho studiato io nessuno le ha mai insegnate ed è stata una mia grande difficoltà, il pensiero, avendo un grosso senso del dovere e della responsabilità, pensare di dover avvicinare dei pazienti e che nessun libro te lo insegna.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“Devo dire una esperienza di comunicazione enorme e su questo io devo dire ho avuto una palestra, nella misura in cui ritengo che la comunicazione non mi sia stata insegnata all'università.” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

E' auspicato infatti che ad essa venga dedicato più spazio da ben 11 medici su 20 (22 citazioni).

“Io penso che noi dobbiamo essere formati come dei professionisti e la parte della comunicazione del lutto, della gestione del lutto sia fondamentale, soprattutto nei nostri reparti dove la gente muore, dove la gente è agonica, dove ci possono essere dei pazienti trapiantati. E siamo degli autodidatti, vedo che nel nostro mestiere non paga.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“Sarebbe utile sostanzialmente anche lavorare su questi aspetti psicologici attraverso corsi di aggiornamento, questo sarebbe molto positivo.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“Noi facciamo un esame in psicologia al primo anno, ma è ridicolo. È un esame ridicolo nel senso che non è quello che, ti vengono insegnati i fondamenti della psicologia moderna ma non è quello che ti serve, o meglio non solo quello. Forse fare, ma neanche, un corso ma io ricordo come una delle cose più interessanti del corso di psichiatria, al sesto anno medicina, non so se lo facciano ancora, gli incontri di gruppo, in cui noi facevamo da attori e devo dire che ti insegnano tanto, ti insegnano.. Intanto a parlare, che è una cosa difficilissima soprattutto quando devi parlare di te stesso e ti insegnano a relazionare con gli altri. Quindi incontri, seminari, anche incontri periodici con voi, per esempio potrebbero essere utili nella pratica quotidiana.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

In conclusione la rappresentazione della “comunicazione” che emerge dal nostro gruppo di medici è quella di un processo assolutamente trasversale, che riguarda e coinvolge ogni aspetto della pratica della medicina: riguarda la malattia e i trattamenti, le emozioni del paziente, serve per gestire la famiglia del paziente ed è importante per poter collaborare con i colleghi.

Tra le categorie tematiche emerse dall’analisi delle interviste la “comunicazione” è la categoria con la minore frequenza e forse questo sta ad indicare soprattutto la poca dimestichezza che i medici hanno con questo argomento – che essi stessi dichiarano come poco frequentato nel corso della loro formazione e verso il quale spesso dichiarano di sentirsi inadeguati e insicuri; sono infatti diverse le difficoltà e le problematiche che riguardano la comunicazione con il paziente che i medici non hanno avuto timore di dichiarare nel corso delle interviste. Da più persone proviene infatti anche la sottolineatura della necessità di una più ampia e approfondita formazione professionale dedicata ai temi della relazione interpersonale e della comunicazione.

Il quadro che emerge dall’analisi delle interviste di questi 20 medici è la rappresentazione di un ambito piuttosto complesso, dalle varie sfaccettature, con una molteplicità di protagonisti ad agire sulla “scena”.

Innanzitutto il *medico*, rappresentato in modo non univoco ma, al contrario, spesso ambivalente tra ideale e realtà, tra la positività della specificità professionale e i limiti dell’azione concreta.

Il *paziente*, che è visto come interlocutore importante, tanto da essere indicato come motivante la propria scelta professionale e descritto da una parte come bisognoso di ascolto e considerazione, che in quanto tale suscita il desiderio di essere disponibili nei suoi confronti, ma che a volte, tuttavia, avanza richieste che tendono a venir percepite dai medici come eccessive se non addirittura opprimenti.

Infine la *relazione* con i pazienti, che viene descritta sia come positiva che come negativa, a seconda degli aspetti di volta in volta considerati, ma comunque in transizione: i cambiamenti che si stanno realizzando nella medicina e nella società stanno infatti modificando, secondo i medici intervistati, la relazione con i pazienti a discapito della comunicazione alla quale i medici stessi non sentono di essere sufficientemente formati.

Una posizione, quest'ultima, che risulta piuttosto coerente con le osservazioni compiute dagli studiosi (soprattutto di ambito sociologico) che si occupano dei mutamenti in corso nella medicina (Shorter, 1986, Cavicchi, 2004; Manghi e Tomelleri, 2004) e nella relazione tra medico e paziente (Balint, 1957; Roter, 2000; Moja e Vegni, 2000).

Come abbiamo visto (cfr. paragrafo 2.4) il riferimento per molti di questi autori sono le teorizzazioni che si rifanno da una parte al modello biomedico e dall'altra a quello biopsicosociale della medicina dai quali derivano modalità diverse di pratica della medicina stessa e ruoli diversi riservati al medico, al paziente, alla malattia e alla relazione.

In particolare il modello biomedico, che è alla base del modello di medicina centrata sulla malattia (*disease centred*) e che caratterizza tutta la medicina moderna, identifica l'oggetto del suo interesse nella malattia, e definisce tale oggetto come l'alterazione di parametri biologici» (Moja e Vegni, 2000, p. 19). Questo modello, come abbiamo visto (cfr. paragrafo 2.4), prevede che gli scopi della medicina (e della visita medica) siano l'identificazione della malattia attraverso i sintomi (diagnosi) ed il contrasto alla malattia attraverso rimedi che si siano rivelati scientificamente efficaci (terapia). La pratica della medicina basata su questo modello pone dunque al centro dell'attenzione la malattia definita in termini biologici così come anche il medico, unico accreditato esperto della malattia biologicamente intesa (Moja e Vegni, 2000). La relazione è dunque *doctor centred*, è il medico a dirigere il colloquio e a decidere cosa è rilevante e cosa non lo è: anche l'ascolto del paziente è orientato alla raccolta degli elementi che si connettono all'ipotesi di un danno o problema biologico mentre sono eliminate *a priori* come poco significative le informazioni connesse con tutto ciò che non è biologico.

La medicina *patient centred* integra, invece, la dimensione biologica della medicina tradizionale con una prospettiva in cui il malato è protagonista, in cui, cioè, ha rilevanza il vissuto di malattia di ciascun paziente, e coerentemente con il modello biopsicosociale (Engel, 1977) concepisce la malattia come evento complesso, non riducibile alla sola componente biologica ma come alterazione che inevitabilmente coinvolge tutte le parti che sono in relazione con essa nel “sistema uomo”, incluse quindi la componente psicologica e quella sociale che sono per definizione ineliminabili dall’esperienza che il paziente porta con sé nell’incontro con il medico. Dal punto di vista clinico questo modello si traduce in una medicina che pone al centro dell’attenzione il paziente, e non la sola componente biologica della sua malattia, che coinvolge attivamente il paziente e garantisce che il suo punto di vista, i suoi bisogni e le sue preoccupazioni siano colti nella relazione con il medico, di più, la loro comprensione diviene uno degli scopi prioritari nella prassi del medico.

Data la rilevanza in ambito teorico di questi due modelli era inevitabile includerli nell’analisi delle interviste. Per comprendere dunque se nelle rappresentazioni dei medici coinvolti nel nostro studio fossero rintracciabili gli elementi caratterizzanti i due modelli di medicina (quella centrata sulla malattia e quella centrata sul paziente) si è proceduto a ricostruire i due profili di medico coerenti con essi partendo dalle caratteristiche contemplate dai modelli stessi e dai relativi profili relazionali (Moja e Vegni, 2000).

2) I due profili del medico: il medico centrato sulla malattia e il medico centrato sulla persona

Il secondo obiettivo dello studio era infatti quello di verificare se, nelle rappresentazioni dei medici coinvolti, fossero rintracciabili gli elementi caratterizzanti dei modelli teorici che allo stato attuale delle riflessioni sulla pratica medica risultano prevalenti e che distinguono la pratica di una medicina centrata sulla malattia (*disease centred*) e di una medicina centrata sul paziente (*patient centred*) (Engel, 1977; Roter, 2000; Moja e Vegni, 2000).

Per raggiungere tale obiettivo, si è proceduto ad una ulteriore analisi delle categorie di significato emerse dalle interviste, guidata dai riferimenti teorici indicati, che ha reso possibile una più specifica articolazione dei contenuti.

Ci attendevamo in particolare che la messa a fuoco delle due diverse concezioni del medico e della medicina avrebbe contribuito a rendere più adeguatamente conto della varietà di contenuti riscontrati nelle più generali rappresentazioni esplicitate dal gruppo dei 20 medici intervistati. A fornire cioè un ulteriore elemento utile ad una interpretazione di tale varietà non soltanto in termini di complessità e di ambivalenza insita nei soggetti intervistati.

Partendo dunque dalla descrizione dei due modelli – con il “medico centrato sulla malattia” che pone al centro del proprio operato la malattia ed il suo sapere “tecnico”, ed il “medico centrato sul paziente” che include nel proprio agire professionale il paziente come persona e la relazione (Moja e Vegni, 2000) – si è proceduto a ricostruire i due nuovi profili attingendo alle categorie di contenuto maggiormente descrittive di ciascuno dei due profili di medico.

Sono state in particolare scelte soltanto le categorie che risultavano coerenti ed altamente rappresentative del profilo teorico. Ad esempio la sotto-categoria “Aspetto biomedico dei casi trattati” è stata assegnata al profilo del “Medico centrato sulla malattia”, così come “Motivazione della scelta professionale: conoscenza scientifica”. Categorie come “Ascolto fondamentale nella relazione e nella cura” o “Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente” sono state considerate altamente descrittive del secondo profilo, “Medico centrato sul paziente”, e in esso sono state fatte rientrare (in Tabella 21 e in Tabella 22 sono riportate tutte le categorie e le sotto-categorie dei due profili).

Le due sotto-categorie di contenuto valoriale “Immagine positiva del medico” e “Immagine del medico ideale” rientrano in entrambi i profili che sono, infatti, profili descrittivi e non normativi o prescrittivi.

Sono rimaste escluse dalla ricostruzione di entrambi i profili le categorie di contenuto affatto rappresentative di alcuno di essi, quelle che esprimono aspetti eccessivamente negativi e che per questo avrebbero comportato un giudizio sul profilo e infine quelle che avrebbero potuto rientrare in entrambi i profili senza quindi risultare adeguatamente descrittive di uno solo di essi.

Il primo profilo, “Medico centrato sulla malattia”, è così risultato essere definito da 20 sotto-categorie (per un totale di 474 citazioni). Il secondo profilo, “Medico centrato sul paziente”, è definito da 23 sotto-categorie (667 citazioni). Le sotto-categorie dei due profili sono state infine organizzate sulla base del loro significato: i due profili sono così risultati articolati l'uno in 5 categorie (Tabella 21) e l'altro in 6 categorie (Tabella 22).

Primo profilo: il medico centrato sulla malattia

Le categorie e le sotto-categorie di contenuto che contribuiscono a delineare il profilo del “Medico centrato sulla malattia” sono riportate in Tabella 21.

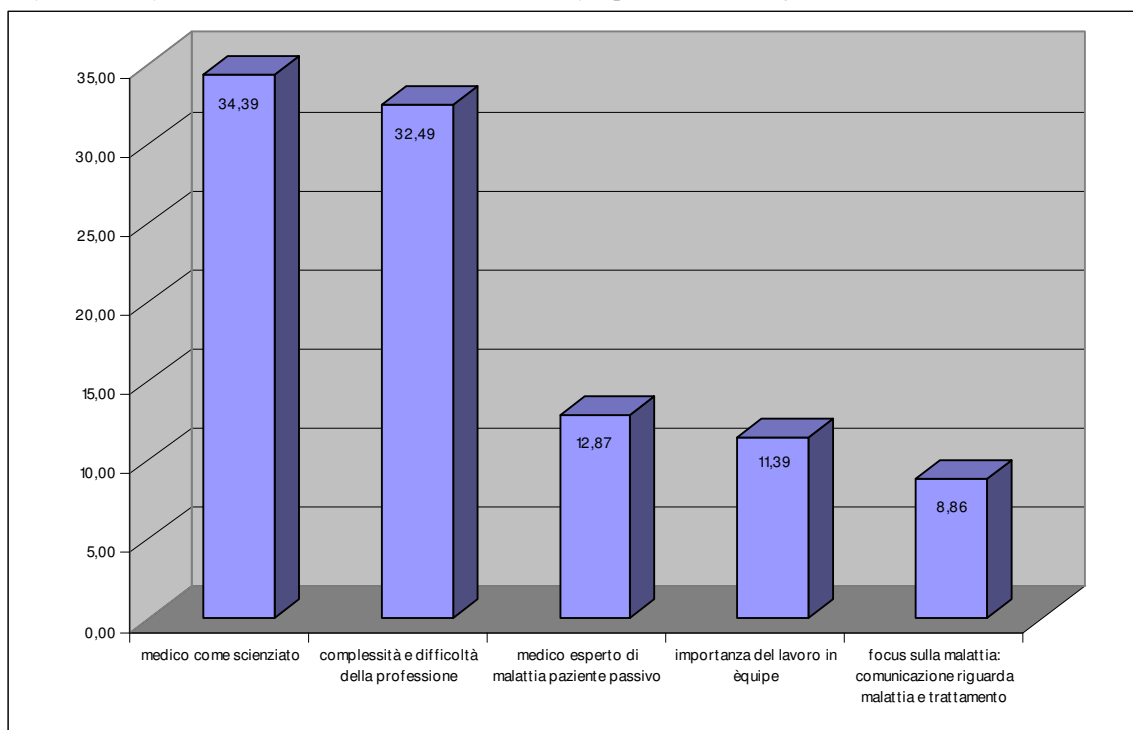
Tabella 21. Profilo del “Medico centrato sulla malattia”. Frequenze delle categorie e sotto-categorie

| | Frequenze citazioni | % |
|---|---------------------|---------------|
| Medico centrato sulla malattia | 474 | 100% |
| Medico come scienziato | 163 | 34.39% |
| Importanza dello studio/aggiornamento professionale | 33 | 6.96% |
| Immagine del medico ideale | 32 | 6.75% |
| Motivazione della scelta professionale: conoscenza scientifica | 27 | 5.70% |
| Primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico | 24 | 5.06% |
| Immagine positiva del medico | 22 | 4.64% |
| Motivazione della scelta professionale: pratica tecnica | 16 | 3.38% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 9 | 1.90% |
| Complessità e difficoltà della professione | 154 | 32.49% |
| L’aspetto biomedico dei casi trattati: la gravità e complessità delle condizioni del paziente | 49 | 10.34% |
| Peculiarità della propria specialità rispetto alle altre | 47 | 9.92% |
| Ipertecnicismo e parcellizzazione delle competenze | 37 | 7.81% |
| Difficoltà ad integrare le diverse specialità | 21 | 4.43% |
| Medico esperto di malattia paziente passivo | 61 | 12.87% |
| Emotività del medico e necessità di una corretta distanza emotiva | 21 | 4.43% |
| Asimmetria della relazione tra medico e paziente | 17 | 3.59% |
| Onnipotenza del medico | 13 | 2.74% |
| Paziente passivo, che si affida al medico | 10 | 2.11% |
| Importanza del lavoro in équipe | 54 | 11.39% |
| Comunicazione/integrazione all’interno dell’équipe | 33 | 6.96% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 21 | 4.43% |
| Focus sulla malattia: comunicazione riguarda malattia e trattamento | 42 | 8.86% |
| Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento | 17 | 3.59% |
| Paziente informato | 16 | 3.38% |
| Comunicazione e informazioni trasmesse dai mass media | 9 | 1.90% |

Come si può notare, ciò che prima di tutto caratterizza la ricostruzione questo primo profilo è il prevalere dell’immagine del “medico come scienziato” (quasi il 35% delle citazioni); di un medico che si mostra consapevole della complessità e difficoltà della sua professione (32% delle citazioni), che tende a confermare la sua figura di esperto della malattia e dei trattamenti a fronte di un paziente visto a volte come passivo (quasi il 13% delle citazioni) e attribuisce una certa importanza all’integrazione dei molteplici saperi specialistici e quindi del lavoro di équipe (11% di citazioni). Solo in ultima istanza viene preso in considerazione il tema della comunicazione, intesa prevalentemente come informazione su malattia e trattamento (circa

9% di citazioni).

Grafico 17. Profilo del “Medico centrato sulla malattia”: frequenze delle categorie di contenuto



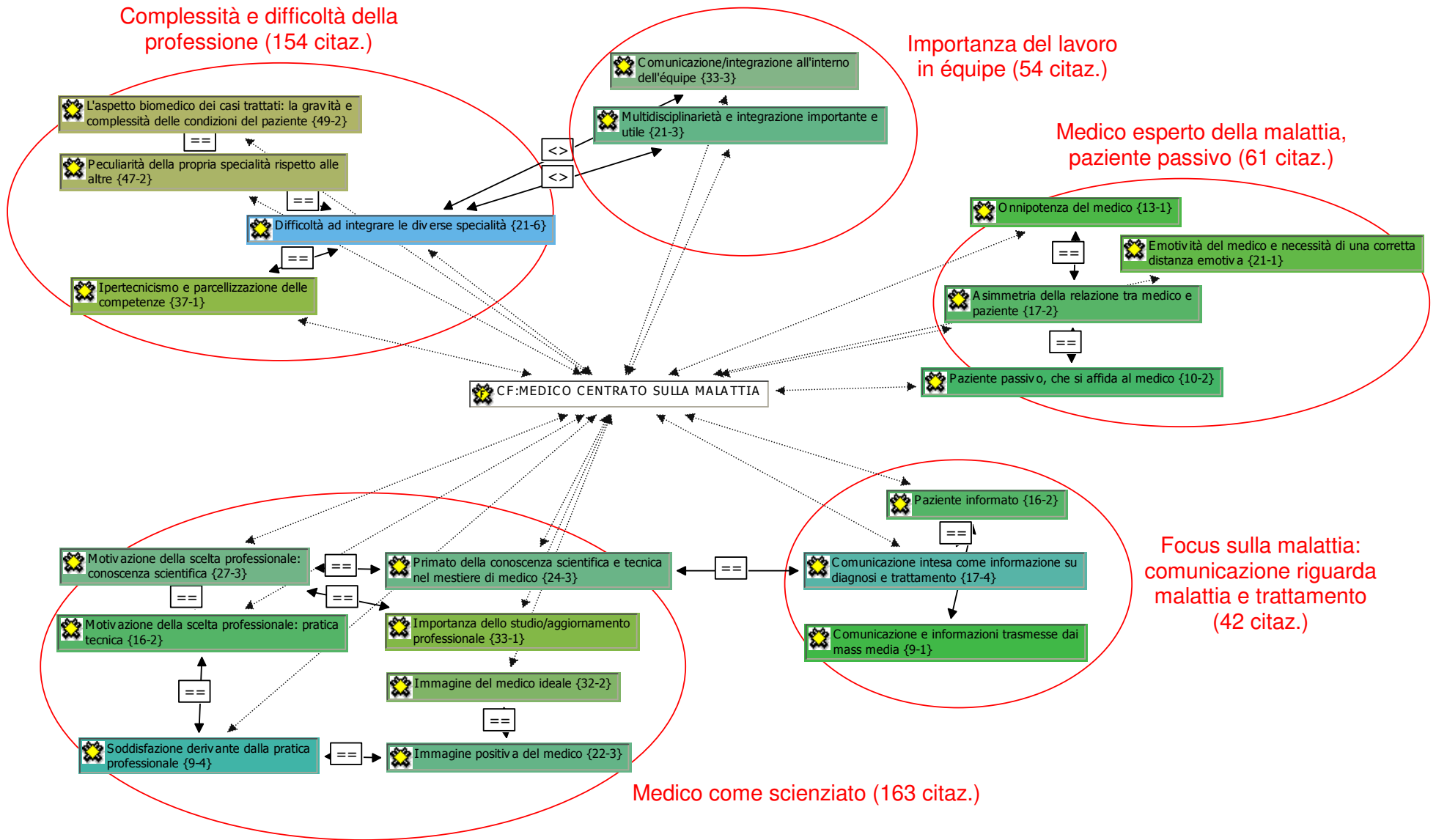
Il medico come scienziato

Per questo genere di medico gli obiettivi e le finalità della medicina sono dunque costituiti dalla scienza e dalla tecnica che ne deriva. Esse sono lo strumento principale per combattere le malattie (è al raggiungimento di questo genere di obiettivi che si associa la rappresentazione del medico ideale). Per questo medico la motivazione della scelta professionale è principalmente costituita dalla “Conoscenza scientifica” (citata da 12 medici su 20, 27 citazioni).

“La mia idea di medicina era che non doveva essere una medicina di “tran – tran”, ma una di frontiera, cioè doveva essere una medicina dove le cose si fanno e non dove le cose sono già state fatte.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

“L’obiettivo principale della medicina... Secondo me fondamentale sono due: la cura dei pazienti e la ricerca. Perché comunque è solo attraverso la ricerca che poi riesci a mettere a punto dei protocolli terapeutici. Quindi questi sono i due aspetti.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Figura 8. Rappresentazione del Medico centrato sulla malattia



Un'altra motivazione importante è costituita, ancora, dalla "Pratica tecnica" (citata da 5 medici su 20, 16 citazioni).

"Quello che rende soddisfacente (questa professione, NdR) per me che sono un operatore, ma credo anche per la maggior parte degli utenti, è che tu hai un problema importante e prendendo in tempi rapidi decisioni rapide tu risolvi il problema: quello secondo me è il punto fondamentale." (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

Il primato nel mestiere di medico va dunque alla conoscenza scientifica e tecnica (citata da 12 medici su 20, 24 citazioni)

"All'inizio pensavo che fossero le mie competenze a rendere più efficace e soddisfacente il curare, solo ed esclusivamente quelle, per cui per me era importante essere aggiornati, sapere bene fin dove potevo arrivare io e dove non potevo arrivare per decidere di inviare il paziente da qualcuno che ritenevo più esperto di me in quella cosa." (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

"Per me l'aspetto tecnico è imprescindibile, cioè la conoscenza che lo specialista ha di quelli che sono gli strumenti disponibili per curare è imprescindibile. Tenersi informati, sapere come lavorano i colleghi, sapere quello che puoi fare, quello che puoi proporre quando non lo puoi fare tu è indispensabile." (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

e di fondamentale importanza risulta pertanto lo studio e l'aggiornamento professionale (citata da 13 medici su 20, 33 citazioni).

"L'attenersi a quelle che sono le nozioni scientifiche qualitativamente più elevate, questo fa un trattamento di qualità. Dal punto di vista scientifico un trattamento di qualità ci vuole poco per definirlo, è la famosa "evidence based medicine". (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

"Se tu esci un anno dal giro ti ci vuole un altro anno per recuperarlo, nel senso che il livello di aggiornamento è terribile e c'è una concorrenza incredibile. C'è da dire che oggi ci sono anche degli strumenti molto più agevoli che in passato (...) voglio dire, io la settimana scorsa non sono andato al congresso di Sidney, quando invece ci sarei dovuto andare, per problemi famigliari, ma mi sono già scaricato tutte le relazioni videoregistrate, i riassunti, i commenti eccetera da internet e quindi, voglio dire, ci sono oggi degli strumenti che ci aiutano, però bisogna studiare molto." (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

Alla lotta contro la malattia e al progredire della scienza medica è connessa la rappresentazione del medico ideale (citata da 12 medici su 20, 32 citazioni),

"Quando mi sono laureato la mia aspirazione era quella di essere il più grande chirurgo del mondo ed è quello che dico sempre ai miei ragazzi (agli studenti, NdR)." (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

"Secondo me questa parte qui, la preparazione medica, la preparazione del medico e l'intuito del medico sono preponderanti, proprio. La capacità di ragionare in trasversale, cioè quello che io oggi dico sempre ai miei studenti e che nessun studente di medicina oggi ha." (Medico 18 – M, 51 anni, gastroenterologia)

l'immagine positiva del medico (citata da 9 medici su 20, 22 citazioni) nonché la soddisfazione derivante dalla pratica professionale (citata da 7 medici su 20, 9 citazioni).

“Soprattutto se la patologia è stata abbastanza impegnativa e poi hai la soddisfazione di mandarli a casa, sono contenti loro e sei contento tu perché tutto sommato hai vinto la tua piccola battaglia, la battaglia contro la malattia con il paziente.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

Complessità e difficoltà della professione

Poiché al centro della pratica professionale è posta la malattia vista nella sua dimensione biologica uno dei temi più rilevanti del profilo è costituito dall’aspetto biomedico dei casi trattati di cui parlano 14 medici su 20 (49 citazioni). Il paziente è presentato, in particolare, come grave e complesso

“Adesso tu prospetti delle demolizioni cerebrali che fino a pochi anni fa non potevi nemmeno prendere in considerazione, però devi anche tenere conto del fatto che devi dire al paziente “le apriamo la testa per togliere un tumore” che fino a poco tempo fa poteva essere trattato solo con dei tentativi di radioterapia o chemioterapia, e non è come dirgli “le devo togliere una cisti in un braccio”.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“... sono pazienti spesso molto, molto, molto provati per il problema della malattia...” (Medico 18 – M, 51 anni, gastroenterologia)

Dai medici viene poi sottolineata la peculiarità della specialità esercitata rispetto alle altre (lo fanno in 12 su 20, 47 citazioni).

“La visita media di un internista è ben diversa da quella di uno specialista, del dermatologo, dell’otorino” (Medico 18 – M, 51 anni, gastroenterologia)

“Per chi fa l’oncologo, come me, (...) è un lavoro particolare, non è proprio fare il medico “tout court” (...)” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Quando tu dai la notizia di una malattia cardiaca non è mai incurabile... se il paziente non è arrivato troppo tardi. Questa è la grossa differenza con altre specialità.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“Alcune realtà sono legate allo stress, quella chirurgica o quella intensivistica. Altre, voglio dire quella prettamente internistica, di stress reali ne hai pochi (...). Noi che a volte abbiamo questi pazienti che muoiono facilmente, con queste patologie croniche e incurabili, beh sicuramente di stress... Sì, questa è una realtà che probabilmente sì, non ci pensiamo mai, ma in realtà c’è.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

In questo contesto ricco di molte specializzazioni uno dei temi rilevanti è quello della parcellizzazione delle competenze e dell’ipertecnicismo di cui infatti parlano 14 medici su 20 (37 citazioni).

“E’ inevitabile. Per le caratteristiche delle malattie, per le caratteristiche del progresso. Cioè... ci si divide in piccoli settori all’interno di un settore, proprio perché si va avanti a piccoli passi e questi sono sempre più specialistici.” (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

Tale parcellizzazione può comportare, secondo la metà dei medici interpellati (10 su 20),

difficoltà ad integrare le diverse specialità tra loro (21 citazioni)

“Qui (in reparto, NdR) gli ostacoli derivano dal fatto che essendo così, appunto, eterogenea la casistica abbiamo bisogno anche di consulenti che possano rispondere ai nostri quesiti laddove noi non possiamo arrivare... questo mi frena un pò.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatra)

Medico esperto di malattia, paziente passivo

Per quanto riguarda la tipologia di pazienti contemplata da questo genere di medico possiamo pensare che da una parte vi sia il paziente che si affida passivamente al medico (citata da 6 medici su 20, 10 citazioni)

“ Secondo me i pazienti non sanno niente di come vengono gestiti al di là del tempo che loro sono lì sul letto a fare la terapia, e secondo me non si rendono neanche bene conto di quello che intendiamo per terapia. Hanno un ruolo abbastanza passivo, perché poi non gli è richiesto tanto, se non che devono fare i bravi durante le ore della terapia e di dirci se c'è qualcosa che non va.” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

e che si adegua alla fondamentale asimmetria esistente nella relazione tra medico e paziente (citata da 7 medici su 20, 17 citazioni)

“E' chiaro che dal punto di vista più tecnico è un rapporto che sicuramente è a favore del medico che è il tecnico e l'esperto della situazione.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Io sono il medico, ho potere sul paziente che dipende da me; tra tutti i gradini, quello è il primo momento di potere e poi dopo... e quindi se uno.. l'essere umano tende a essere molto attirato da questa cosa, blandito e quindi a cadere in questa cosa.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

asimmetria legata al fatto che il paziente è bisognoso ma soprattutto al fatto che il medico è l'esperto, la persona dotata del potere di guarigione e talvolta di vera e propria onnipotenza (citata da 8 medici su 20, 13 citazioni).

“Mi affascina moltissimo l'aspetto intensivistico, il poter controllare i parametri vitali del paziente. E' un po' una sensazione di onnipotenza medica se vuoi.” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

“Tutto sommato, ripeto, quando ti trovi un paziente operato di calcoli alla colecisti dici: "Hai un po' di male, ti passa, zac, finito, ti saluto, non ci vedremo mai più se non ti capita qualcos'altro", però hai la consapevolezza, intanto, di averlo guarito e questo penso che per il narcisismo di ogni medico sia quanto di più importante ci sia, per il nostro ego. Sai il dire: "Io ti ho guarito", ti dà una botta di ego paurosa, è vero.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Proprio perché è riconosciuta una distanza, considerata utile ai fini terapeutici, tra medico e paziente le emozioni e gli aspetti “personali” del medico sono vissuti come interferenze con la pratica professionale e l’emotività del medico pone la necessità di mantenere una “corretta distanza emotiva” (citata da 9 medici su 20, 21 citazioni)

“L’emotività intanto si lascia a casa. Questa è una cosa fondamentale secondo me, l’emotività, proprio, si cerca di non viverla, almeno quella.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“In linea teorica bisognerebbe non essere emotivamente coinvolti, perché se no perdi di lucidità.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

Importanza del lavoro in équipe

Il tipo di relazione con i colleghi è fatta dipendere dall’appartenenza ad una branca specialistica o all’altra e può essere sottolineata di volta in volta l’importanza dell’integrazione con i colleghi o la difficoltà che viceversa può esservi proprio nello sforzo di integrare saperi anche molto diversi.

Per 5 dei 20 intervistati la multidisciplinarietà e l’integrazione sono importanti e utili (21 citazioni)

“Secondo me l’approccio multidisciplinare al malato è un elemento molto qualificante perché (...) ti tiene aperta la testa (...)” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

e in generale i medici del nostro gruppo (13 su 20) parlano della comunicazione o dell’integrazione all’interno dell’équipe (33 citazioni).

“La settorializzazione della professione prevede il coinvolgimento di tante persone, tante persone che devono avere una linea di condotta unitaria e un certo grado di affiatamento, che penso che sia la cosa più difficile. Assolutamente credo che sia una delle cose più difficili ma da ottenere in modo da non creare sbandamenti o possibili fraintendimenti con il paziente.” (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

Focus sulla malattia: comunicazione riguarda malattia e trattamento

La comunicazione è intesa, da questo genere di medico, principalmente come informazione sulla diagnosi e sul trattamento (citata da 5 medici su 20, 17 citazioni) e deve prevedere un interlocutore capace di comprendere e di accettare il punto di vista del medico.

“Il compito del chirurgo in questa fase (...), nel nostro caso che li seguiamo anche nel lungo termine, è quello di dare tutte le informazioni corrette sui rischi e sui benefici a cui possono andare incontro con un trapianto, perché ci sono, c’è una scala di rischi a cui si può andare incontro e quando i rischi

oggettivamente superano i potenziali benefici, secondo me, è compito del chirurgo evidenziarli al paziente.” (Medico 9 – M, 37 anni, chirurgia dei trapianti)

L'altro tipo di paziente previsto da questo modello è infatti il paziente informato (citata da 7 medici su 20, 16 citazioni) con il quale quindi è possibile conversare di quello che è il *focus* per il medico: la malattia e il trattamento.

“Sicuramente c'è una maggior disponibilità di mezzi di informazione, primo fra tutti internet, la possibilità di accesso a internet. I pazienti arrivano con sempre più domande "tecniche" il che comporta un primo grado di interazione.” (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

“...Vuoi perché da un lato c'è una maggiore informazione e quindi il paziente mediamente si informa prima, si informa in termini di pseudo-cultura medica, e se da un lato può essere giusto dall'altro il più delle volte provoca delle incomprensioni bestiali.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Nelle parole dei 20 medici interpellati per il nostro studio è stato possibile rintracciare molto chiaramente il tipo di medico che pone al centro del proprio operare, della propria scienza, la malattia, il sapere che la riguarda, le cure che essa rende necessarie. Abbiamo visto che emerge l'immagine di un medico impegnato nella lotta contro la malattia, interessato a far progredire la medicina in quanto scienza e che proprio in quanto tale attribuisce molta importanza allo studio e alla conoscenza.

In questo tipo di concezione il paziente non ha un ruolo molto rilevante ma appare quasi accidentalmente il “portatore” della patologia, meglio se passivamente affidato alle cure del medico o asetticamente informato a proposito del “*disease*” e del “*treatment*”.

Altro appare il ruolo riconosciuto al paziente nel modello della “medicina centrata sul paziente” che verrà di seguito illustrato.

Secondo profilo: il medico centrato sul paziente

Le categorie e sotto-categorie di contenuto che contribuiscono a delineare il profilo del “Medico centrato sul paziente” sono riportate in Tabella 22.

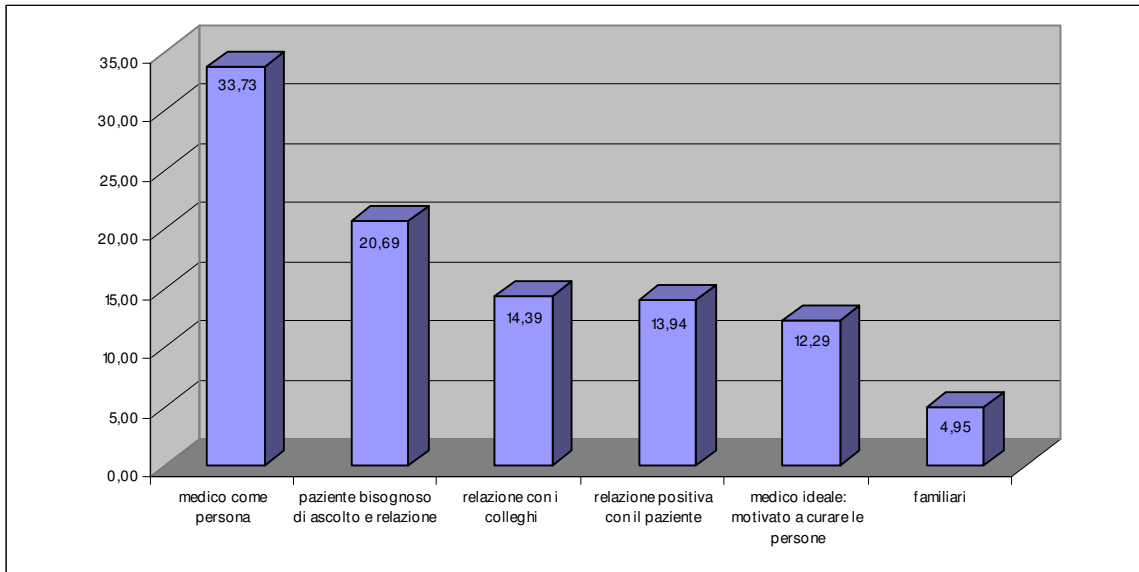
Tabella 22. Profilo del “Medico centrato sul paziente”. Frequenze delle categorie e sotto-categorie

| | Frequenze citazioni | % |
|--|---------------------|---------------|
| <i>Medico centrato sul paziente</i> | 667 | 100% |
| Medico come persona | 225 | 33.73% |
| Caratteristiche personali del medico | 82 | 12.29% |
| Importanza dell'esperienza | 43 | 6.45% |
| Medico nella realtà professionale | 40 | 6.00% |
| Emotività del medico e possibilità di un grande coinvolgimento | 39 | 5.85% |
| Influenza della vita privata/personale sulla sfera professionale | 21 | 3.15% |
| Paziente bisognoso di ascolto e relazione | 138 | 20.69% |
| Paziente bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione | 39 | 5.85% |
| Comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente | 36 | 5.40% |
| Primato della relazione umana su quella professionale | 36 | 5.40% |
| Ascolto fondamentale nella relazione e nella cura | 19 | 2.85% |
| Paziente visto nella sua "interezza" | 8 | 1.20% |
| Relazione con i colleghi | 96 | 14.39% |
| Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe | 33 | 4.95% |
| Relazione con i colleghi utile e costruttiva | 27 | 4.05% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 21 | 3.15% |
| Relazione con gli infermieri importante e positiva | 15 | 2.25% |
| Relazione positiva con il paziente | 93 | 13.94% |
| Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente | 69 | 10.34% |
| Paziente soddisfatto e riconoscente | 17 | 2.55% |
| Vicinanza, contatto fisico tra medico e paziente | 7 | 1.05% |
| Medico ideale: motivato a curare le persone | 82 | 12.29% |
| Immagine del medico ideale | 32 | 4.80% |
| Immagine positiva del medico | 22 | 3.30% |
| Motivazione della scelta professionale: curare le persone nella loro complessità | 19 | 2.85% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 9 | 1.35% |
| Familiari | 33 | 4.95% |
| Familiare come figura importante, indissolubile dal paziente | 19 | 2.85% |
| Familiare collaborativo, di supporto alla cura | 14 | 2.10% |

La tematica maggiormente citata dai medici intervistati anche in questo caso riguarda il medico che è visto principalmente come persona (quasi il 34% delle citazioni) soprattutto motivata a curare gli altri in quanto persone (12% delle citazioni). In questo profilo è naturalmente dedicato molto spazio al paziente che è visto soprattutto come bisognoso di ascolto e di relazione (20% delle citazioni) e con il quale si desidera costruire una relazione positiva (quasi 14% di citazioni). La relazione con gli altri risulta d'altra parte centrale in questo profilo se si considera l'attenzione che gli intervistati rivolgono alla relazione con i

propri colleghi (14% di citazioni) e con i familiari dei pazienti (circa il 5% delle citazioni).

Grafico 18. Profilo del “Medico centrato sul paziente”: frequenze delle categorie e sotto-categorie tematiche



Medico come persona

Il *focus* sulla persona e sulla relazione influisce sul modo di rappresentare il medico, che è visto soprattutto come persona, coinvolto personalmente nella relazione con il paziente, con una forte influenza delle sue caratteristiche personali sulla professione (lo afferma la quasi totalità dei medici intervistati, 19 su 20, 82 citazioni).

“Mi hanno sempre detto, anche in passato, che nei rapporti con le altre persone ho sempre avuto più capacità di starle ad ascoltare e a parlare rispetto ad altri colleghi. Ma questo fa parte anche un po' del carattere naturale.” (Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

“Ciascuno di noi ha messo in campo le sue risorse, le sue capacità. Ci sono persone che hanno paura. Ci sono bravissimi medici, a mio parere molto più bravi di me come medici, ma che non hanno assolutamente nessuna capacità comunicativa. E con i famigliari meno ci hanno a che fare, meglio stanno, meno si lasciano coinvolgere dal malato e meglio è. No, lì dipende anche da come sei tu caratterialmente.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Per questo motivo assume notevole importanza l'esperienza personale sia nella formazione del medico che nella pratica professionale (16 medici su 20, 43 citazioni).

“A volte sono anche le esperienze personali che ti formano.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“E allora lì io ho imparato da sola, con il cosiddetto buon senso e con l'esperienza e cercando anche sempre di mettermi nei panni del paziente... mettersi nei panni dell'altro è una cosa che è molto importante: non ci riuscirai mai bene però comunque un minimo serve. E allora ho imparato con l'esperienza e poi forse con un atteggiamento che magari per me era abbastanza connaturato per cui non ho fatto più di tanto fatica.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“Magari hai avuto la fortuna di lavorare con grandi clinici: i nostri clinici erano dei grandi comunicatori a mio parere, i vecchi clinici, i nostri vecchi maestri e quindi magari sei riuscito ad apprendere qualche cosa e un pò te l'ha insegnato l'esperienza.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Il medico è dunque descritto come persona estremamente calata nella realtà, probabilmente quella della malattia del paziente, del suo dolore e dell'inevitabile confronto con esso (11 medici su 20, 40 citazioni).

“Direi che tutta la mia vita è qui in questo momento. Io non ho una famiglia, non sono sposata, non ho figli e questa era la cosa che ho sempre voluto fare da quando ero bambina. Mio padre era otorino e venivo a volte con lui quando faceva le notti... per cui l'odore dell'ospedale, il colore dei corridoi, io ho sempre avuto questi ricordi fin dall'infanzia... e quindi una certa familiarità con l'ambiente l'ho sempre avuta.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“Alcune realtà sono legate allo stress, quella chirurgica o quella intensivistica. Altre, voglio dire quella prettamente internistica, di stress reali ne hai pochi (...). Noi che a volte abbiamo questi pazienti che muoiono facilmente, con queste patologie croniche e incurabili, beh sicuramente di stress... Sì, questa è una realtà che probabilmente sì, non ci pensiamo mai, ma in realtà c'è.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

Un ruolo importante è giocato, infatti, proprio dall'emotività del medico che si confronta costantemente con la possibilità di un grande coinvolgimento con l'oggetto del proprio lavoro (13 medici su 20, 39 citazioni).

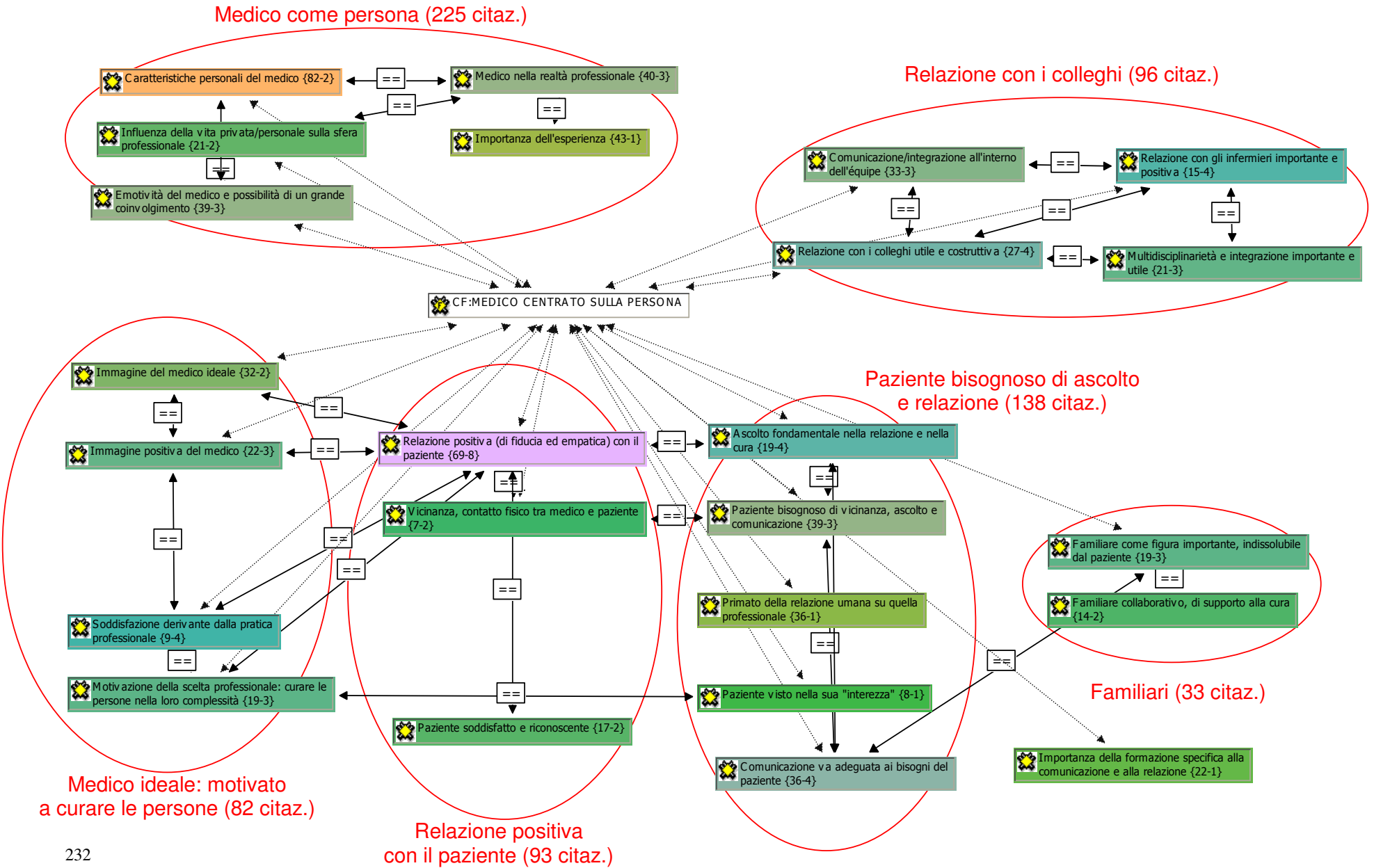
“Forse ho scelto geriatria perché per come sono fatta io probabilmente mi sono istintivamente riparata dalle emozioni che avrei avuto nel gestire una categoria diversa di pazienti, penso ad esempio ai bambini che mi piacciono moltissimo, ai giovani adulti, ai malati oncologici.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“E' un tipo di mestiere che assorbe perché tu, una volta che crei un rapporto con una persona che ha fiducia in te, è ovvio che devi continuare ad essere l'interlocutore di questa persona e quindi non puoi deluderlo nelle sue aspettative, anche, per dire, avere bisogno urgentemente di te e essere visto.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

Tale coinvolgimento spesso riguarda anche la vita privata e personale del medico (sono di questo parere 8 medici su 20, 21 citazioni).

“Non lo so, mio padre... io ho avuto un padre che si è ammalato molto giovane di demenza presenile, per me il rapporto con i dementi era di tutt'altro genere rispetto a quello che poteva essere con le persone colpite da ictus. Non ho avuto un padre con un ictus per cui non so nella mia testa scattavano meccanismi diversi. I dementi mi facevano scattare tutta una serie di affettività, tutta una serie di momenti, per certi versi mi è servito per comunicare meglio con i famigliari, mi è servito a capire che cosa in realtà questo malato cercava di dirmi nel suo totale delirio e che cosa avrebbe potuto farlo stare meglio quando era incapace di dirmelo. Ma perché avevo avuto un'esperienza personale, quindi nel bene e nel male, ma non è che uno può avere un'esperienza personale di tutte le patologie di questo mondo.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Figura 9. Rappresentazione del Medico centrato sul paziente



Paziente bisognoso di ascolto e relazione

L'obiettivo più importante per questo genere di medico è mettere al centro del proprio agire il paziente come persona, i suoi bisogni e la sua umanità. Per farlo è indispensabile costruire una buona relazione ed una buona comunicazione. Il paziente è pertanto visto prima di tutto come bisognoso di ascolto e di comunicazione (16 medici su 20, 39 citazioni).

“Molto spesso la persona che ci troviamo di fronte ha semplicemente bisogno di parlare con qualcuno, di esprimere un disagio che verosimilmente è legato ad una patologia sottostante di tipo medico ma non è sempre così.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Il bisogno è quello di ogni essere umano in qualunque setting: essere ascoltato, essere accettato, essere accolto.” (Medico 7 – M, 48 anni, ematologia)

Tale comunicazione naturalmente deve essere adeguata ai bisogni del paziente (17 medici su 20, 36 citazioni)

“Dobbiamo usare e dobbiamo continuamente modificare i nostri registri comunicativi a seconda delle varie circostanze in cui ci troviamo. Questa è la bellezza di visitare malati con differenze di estrazione sociale e culturale enormi, questo mi capita tutti i giorni. Voglio dire, stamattina ho visitato una persona poco più che analfabeta ed un professore universitario, voglio dire, abbiamo veramente di tutto nei nostri ambulatori; passiamo dal drogato all'alcolista, fino alla persona che ti parla di letteratura quando la visiti, capito ecco. In tutte le lingue sostanzialmente, perché abbiamo un grande numero di immigranti da paesi molto diversi per cui anche lingue diverse, ma soprattutto, chiaramente, culture diverse con cui parlare della malattia, andare a nominare questa malattia che ha un significato molto molto diverso nelle diverse culture; soprattutto nelle culture africane dove nominare l'AIDS è ancora come nominare la morte...” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

Possiamo affermare quindi che per il “medico centrato sul paziente” il primato, nella pratica medica, spetti alla relazione umana rispetto alla relazione più strettamente professionale (lo affermano ben 13 medici su 20, 36 citazioni).

“I pazienti penso che siano i primi a cogliere la differenza tra un trattamento superficiale, formale e assolutamente legato al mero espletamento del lavoro, cioè il fare, ad esempio, il giro del reparto, rispetto a quello che può essere un'attenzione... una parola in più, anche se magari la competenza non è al 100% come quella che può avere una persona più burbera, un pochino più asettica, però penso che i pazienti colgano la differenza di trattamento che viene fornita loro quando li si considera delle persone, non dei numeri, non delle malattie.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Si tratta solo di frenarsi un po' sugli slanci delle scoperte e di tornare un po' con i piedi per terra, di tornare ad un rapporto più umano e meno di tipo interventistico e specialistico.” (Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

Per 8 dei 20 medici intervistati l'ascolto è fondamentale nella relazione e nella cura (19 citazioni).

“Il malato lo ascolti, è la cosa più importante.” (Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

“Ma io sono convinto invece che avere una persona davanti, far vedere che ascolti la persona è già metà dell'atto terapeutico quello lì, di questo sono convinto.” (Medico 18 – M, 51 anni, gastroenterologia)

L'ascolto deve però consentire di giungere a cogliere il paziente nella sua "interezza" (2 medici su 20, 8 citazioni)

“Il mio modo un po' è questo: di vedere il paziente in tutto l'insieme.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“La comunicazione è una presa in carico del malato nella sua interezza ecco.” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

Relazione con i colleghi

Infine anche la relazione con i colleghi risulta importante per il medico che adotta questo modello di medicina. Anche in questo caso tale relazione è probabilmente descritta nei termini delle relazioni personali più che di quelle professionali. Sono 13 i medici che in generale citano temi riguardanti la comunicazione e l'integrazione all'interno dell'équipe (33 citazioni)

“Tutti quelli che riguardano il paziente a partire dagli infermieri, passando per i medici e tutti i vari specialisti che riguardano il paziente dovrebbero avere una condotta unitaria, soprattutto quelli che si prendono cura costantemente del paziente. E il grado di... non è “integrazione” la parola ma potrebbe esserlo, il grado di integrazione che ci deve essere fra tutti, deve essere elevato.” (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

“E questa è un'altra cosa molto importante perché se riesci a creare un gruppo di lavoro, un'équipe in cui ogni componente si sente valorizzato, la gestione diventa molto facile.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

11 sono invece i medici che fanno riferimento più in particolare al fatto che ritengono la relazione con i colleghi utile e costruttiva (27 citazioni)

“Il risultato finale della cura dipende moltissimo dall'armonia del gruppo... armonia è una parola grossa, diciamo che ci siano delle regole condivise, ecco. Innanzitutto che esistano delle regole, poi che siano condivise e che siano applicate... è un microcosmo, una piccola repubblica questa qua, con tutti i problemi che...perché dal punto di vista gestionale è una struttura complessa, ci sono tante persone, insomma.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

così come anche la relazione con gli infermieri, che è definita importante e positiva da 9 medici su 20 (15 citazioni).

“Qui ho degli infermieri eccezionali (...) sono la crema degli infermieri dell'ospedale... e io affido ai miei infermieri compiti che normalmente vengono affidati a dei medici.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

Data la rilevanza attribuita alla relazione e alla comunicazione, viene ritenuta importante anche la formazione specifica su questi temi (11 medici su 20, 22 citazioni)

“Penso che si possa imparare (la comunicazione, NdR) ma che si possa imparare da professionisti, non ci si improvvisa neanche lì. C'è chi è più o meno sensibile, c'è chi ha più o meno una capacità.. ma penso che uno non possa dire di aver imparato se un professionista non ti dice... non ti da qualche dritta anche lì.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“Noi facciamo un esame in psicologia al primo anno, ma è ridicolo. È un esame ridicolo nel senso che non è quello che... ti vengono insegnati i fondamenti della psicologia moderna ma non è quello che ti serve, o meglio non solo quello. Forse fare, ma neanche, un corso... io ricordo come una delle cose più interessanti del corso di psichiatria, al sesto anno medicina, non so se lo facciano ancora, gli incontri di gruppo, in cui noi facevamo da attori e devo dire che ti insegnano tanto, ti insegnano... intanto a parlare, che è una cosa difficilissima soprattutto quando devi parlare di te stesso e ti insegnano a relazionare con gli altri. Quindi incontri, seminari, anche incontri periodici con voi (psicologi, NdR), per esempio potrebbero essere utili nella pratica quotidiana.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Relazione positiva con il paziente

La relazione con il paziente, abbiamo già visto, risulta centrale in questo modello di medicina, si tratta di una relazione che la grande maggioranza dei medici intervistati (18 su 20) descrive come positiva, di fiducia ed empatica (69 citazioni)

“Visto, purtroppo, che noi abbiamo a che fare con pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, un aspetto che può dare efficacia alla cura, non tanto la cura intesa come il cercare di guarire la malattia, ma il prendersi cura della problematica della persona, è avere armonia tra tutti i componenti, cioè medico, paziente e famiglia.” (Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

“E lì ho cominciato a sviluppare, secondo me, la seconda parte di questo mio percorso di medico: cioè avere un rapporto con i pazienti, cercare di avere un buon rapporto, cercare di avere la loro fiducia, guadagnarsi la simpatia insomma... un rapporto penso empatico, sia da parte mia che da parte dei pazienti.” (Medico 13 – F, 43 anni, medicina trasfusionale)

La relazione è inoltre caratterizzata dalla vicinanza, anche fisica, tra medico e paziente (è così per 4 medici su 20, 7 citazioni).

“L'esame obiettivo è fondamentale. Al di là di quello che ne ricavi lì dai prova che ti occupi di lui oltre che con le parole: lo visiti.” (Medico 3 – M, 51 anni, nefrologia)

“Non bisogna essere avari di carezze, di prossimità con la persona, perché è ciò che la persona si attende, cioè dargli la mano, la carezza, fargli una battuta, cioè fargli sentire che è importante e che non è un numero.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

Essa è capace, da sola, di rendere il paziente soddisfatto e riconoscente (9 medici su 20 lo credono, 17 citazioni).

“La soddisfazione del paziente può essere un fattore di qualità del trattamento. Anche la soddisfazione del medico, ma è un bruttissimo ambito, nel nostro ambito la soddisfazione del medico penso che sia "limitata", nel senso che è limitata nel risultato finale, non deve risiedere nel risultato finale, questo è indubbio. Risiede molto più spesso in queste... in questi collaterali, che sono il rapporto con il paziente e guardare la serenità del paziente nell'affrontare un determinato tipo di malattia, una malattia imprevista come può essere una neoplasia.” (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

Medico ideale: motivato a curare le persone

Per questo genere di medico gli obiettivi e le finalità della medicina sono costituiti dalla cura delle persone nella loro complessità (10 intervistati su 20, 19 citazioni) e dalla creazione di relazioni positive in grado di far sentire il paziente al centro della propria cura.

“Il compito della medicina è cercare di far star meglio le persone. Il far star meglio comprende ovviamente un aspetto tecnico-sanitario, medico, nel senso di prestazione tecnica/tecnologica, e comprende anche un aspetto del benessere nel suo complesso. La persona non sta bene solo perché le tolgono un sintomo, ma sta bene o sta male perché sta tutta bene o sta tutta male.” (Medico 7 – M, 48 anni, ematologia)

“...però l'istinto primitivo che io avevo quando decisi di fare il medico era quello, proprio, di prendermi cura delle persone che hanno particolarmente bisogno.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

E' a questo obiettivo che si associa l'idea di medico ideale (12 medici su 20, 32 citazioni) e del medico valutato positivamente (9 medici su 20, 22 citazioni)

“La professione medica, sostanzialmente, è di per sé interessante, nel senso che è sempre una sfida, diciamo, tra te e la patologia e quindi cerchi sempre in qualche modo di risolvere in favore del paziente questa battaglia.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“La dedizione a chi abbiamo di fronte e il non pensare che il paziente sia una cartella clinica ma una persona: quello è fondamentale. Così hai lo scrupolo, prima di andare a casa, di pensare se hai fatto tutto per loro, se hanno fatto gli esami necessari, se sono tranquilli, se ho dato tutte le informazioni per fargli passare una notte tranquilla.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

nonché la soddisfazione derivante dalla pratica professionale (7 medici su 20, 9 citazioni)

“La soddisfazione è quando vedi il paziente soddisfatto, ecco, quando il paziente è contento, soddisfatto di andare a casa guarito. Questo ti dà soddisfazione, questo è il lato positivo del rapporto medico paziente: contento lui, sei contento anche tu.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“Insomma la parte più soddisfacente è il rapporto medico paziente...” (Medico 12 – M, 46 anni, chirurgia maxillo-facciale)

Familiari

Il paziente, in questo modello di medicina, non può essere separato dalla sua famiglia (che è al centro dei significati e dei bisogni del paziente): il familiare, infatti, è rappresentato come figura importante, indissolubile dal paziente da 12 dei 20 medici intervistati (19 citazioni)

“I familiari sono sempre una risorsa.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

“Assolutamente, nella parola paziente, nella mia accezione di paziente, c'è tutto l'entourage del paziente, familiari, conoscenti e via dicendo, tutti quelli che possono fornire informazioni sul paziente.” (Medico 11 – M, 48 anni, ematologia)

L'atteggiamento dei familiari viene descritto quindi come collaborativo, di supporto alla cura (10 medici su 20, 14 citazioni).

“Alcuni sono carinissimi e con loro si crea... ecco: quando c'è un familiare che concorda con te una strategia per il paziente è il massimo, perché comunque il paziente ha tutte le figure attorno: ha la sua famiglia, il medico, lo specialista, il medico di base, ha tutti attorno e lì si aiuta effettivamente il paziente.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Quando c'è un buon rapporto con i pazienti e con i parenti questi supportano l'attività del medico e quindi nella grande maggioranza dei casi ci aiutano nel rapporto con il paziente perché entrambi lavoriamo per il bene del paziente, (...) ci aiutano moltissimo nella gestione del paziente e aiutano il paziente nella gestione dell'iter medico-chirurgico.” (Medico 9 – M, 37 anni, chirurgia dei trapianti)

Dalle interviste sembra dunque emergere in modo chiaro anche una rappresentazione di medico (alternativo al precedente? complementare?) che pone al centro della propria azione il paziente, la persona del paziente, e che mostra un particolare interesse anche per la persona del medico il quale, oltre all'aspetto tecnico/scientifico, mette in gioco anche le proprie caratteristiche personali e la propria quotidianità, anzi, utilizza il proprio “personale” per praticare la propria professione.

Il paziente non è più marginale, dunque, ma viene rappresentato con le sue caratteristiche ed i suoi bisogni reali.

Centrale diviene infine la relazione interpersonale: la scienza è al servizio della cura del paziente nella sua complessità laddove nel precedente modello di medicina era il paziente ad essere portatore di malattia, quasi al servizio della scienza e del suo progresso.

Riteniamo di poter dire che la ricostruzione dei due distinti profili di medico, riconducibili ai due diversi modelli di medicina, fornisca elementi utili a chiarire la complessità del quadro iniziale.

Molto probabilmente le differenze emerse tra le rappresentazioni sono riconducibili anche alle diverse esperienze e sensibilità dei vari medici interpellati. Il gruppo eterogeneo per genere, specialità, anzianità di servizio aveva d'altra parte lo scopo di consentire l'emergenza di tali differenze.

3) Confronti tra sotto-gruppi di medici: genere, specialità praticata, anzianità di servizio

Abbiamo visto come nel gruppo di medici coinvolti sia evidenziabile una rappresentazione della medicina e della pratica professionale complessa e articolata, riconducibile principalmente ai modelli di “Medicina centrata sulla malattia” e di “Medicina centrata sul paziente”. Ci siamo chiesti tuttavia (il terzo obiettivo dello studio) se tale articolazione fosse “univoca” per l’intero gruppo di medici intervistati o se, piuttosto, l’emergenza di tali modelli non fosse diversamente rintracciabile nelle rappresentazioni dei diversi sotto-gruppi di medici considerati. Ci attendevamo infatti che nei sistemi di significati di volta in volta delineati, emergessero elementi condivisi – trasversali rispetto alle diverse discipline specialistiche praticate, alle caratteristiche personali (genere ed età), all’anzianità di servizio – ma anche elementi di differenziazione legati alla specialità medica praticata o a posizioni personali riguardanti i significati attribuiti alla professione e gli aspetti chiamati in causa per motivarne la scelta.

Alla luce di tale obiettivo, si è proceduto al confronto tra le categorie costitutive dei due profili (“Medico centrato sulla malattia” e “Medico centrato sul paziente”) rispetto al genere, alla specialità e all’anzianità di servizio.

Di seguito saranno illustrati i risultati di tali confronti: i medici maschi confrontati con i medici femmine per entrambi i profili, i medici che si occupano di cronicità confrontati con coloro che si occupano di patologie acute e infine i medici con un maggior numero di anni di anzianità confrontati con i medici con una minore anzianità di servizio.

a) Confronti tra medici maschi e medici femmine

Dal confronto tra maschi e femmine (Tabella 23) emerge abbastanza chiaramente che la rappresentazione dei medici maschi si avvicina più di quanto non sia per le femmine al profilo del medico centrato sulla malattia mentre il profilo del medico centrato sul paziente appare rappresentato da entrambi i sotto-gruppi di medici anche se con connotazioni un poco differenti tra loro (si veda la Tabella 24).

I maschi più delle femmine rappresentano il medico come scienziato (40.29% delle loro citazioni rispetto al 26.02% di quelle delle femmine) e motivano la loro scelta professionale come dettata dall’interesse per la conoscenza scientifica (6.83%) o per la pratica tecnica (5.04%). Essi ritengono importante lo studio e l’aggiornamento scientifico (7.55%) ma

soprattutto vedono come “ideale”, da parte del medico, l’essere orientato alla tecnica e alla conoscenza scientifica (8.63%).

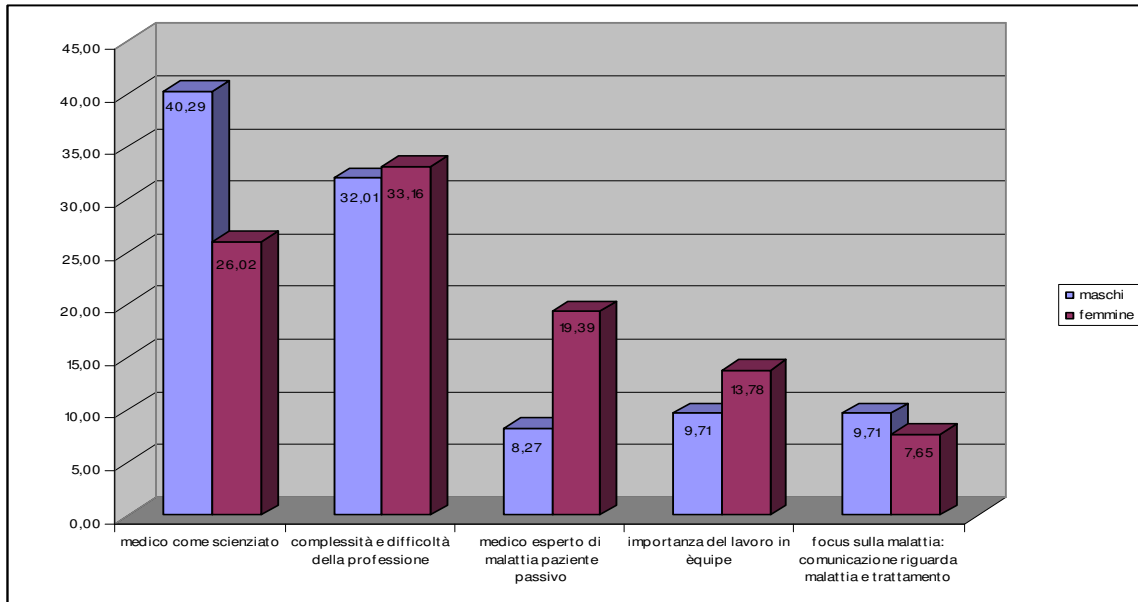
Tabella 23. Profilo del “Medico centrato sulla malattia”: confronti tra medici maschi e femmine

| Medico centrato sulla malattia | Maschi (N=11) | | Femmine (N=9) | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 278 (59%) | 100% | 196 (41%) | 100% |
| Medico come scienziato | 112 | 40.29% | 51 | 26.02% |
| Importanza dello studio/aggiornamento professionale | 21 | 7.55% | 12 | 6.12% |
| Immagine del medico ideale | 24 | 8.63% | 8 | 4.08% |
| Motivazione della scelta professionale: conoscenza scientifica | 19 | 6.83% | 8 | 4.08% |
| Primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico | 14 | 5.04% | 10 | 5.10% |
| Immagine positiva del medico | 15 | 5.40% | 7 | 3.57% |
| Motivazione della scelta professionale: pratica tecnica | 14 | 5.04% | 2 | 1.02% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 5 | 1.80% | 4 | 2.04% |
| Complessità e difficoltà della professione | 89 | 32.01% | 65 | 33.16% |
| L’aspetto biomedico dei casi trattati: la gravità e complessità delle condizioni del paziente | 26 | 9.35% | 23 | 11.73% |
| Peculiarità della propria specialità rispetto alle altre | 26 | 9.35% | 21 | 10.71% |
| Ipertecnicismo e parcellizzazione delle competenze | 25 | 8.99% | 12 | 6.12% |
| Difficoltà ad integrare le diverse specialità | 12 | 4.32% | 9 | 4.59% |
| Medico esperto di malattia paziente passivo | 23.00 | 8.27% | 38 | 19.39% |
| Emotività del medico e necessità di una corretta distanza emotiva | 7 | 2.52% | 14 | 7.14% |
| Asimmetria della relazione tra medico e paziente | 3 | 1.08% | 14 | 7.14% |
| Onnipotenza del medico | 9 | 3.24% | 4 | 2.04% |
| Paziente passivo, che si affida al medico | 4 | 1.44% | 6 | 3.06% |
| Importanza del lavoro in équipe | 27 | 9.71% | 27 | 13.78% |
| Comunicazione/integrazione all’interno dell’équipe | 17 | 6.12% | 16 | 8.16% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 10 | 3.60% | 11 | 5.61% |
| Focus sulla malattia: comunicazione riguarda malattia e trattamento | 27 | 9.71% | 15 | 7.65% |
| Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento | 15 | 5.40% | 2 | 1.02% |
| Paziente informato | 9 | 3.24% | 7 | 3.57% |
| Comunicazione e informazioni trasmesse dai mass media | 3 | 1.08% | 6 | 3.06% |

Le dottoresse rappresentano il medico centrato sulla malattia soprattutto attraverso il riferimento al paziente che risulta, in questo modello, passivo di fronte ad un medico esperto della malattia stessa e dei relativi trattamenti (19.39%): sono le femmine più dei maschi a sottolineare gli aspetti di asimmetria esistenti nella relazione (7.14%) e la necessità di una corretta distanza emotiva (7.14%) mostrando così di porre maggiore attenzione di quanto non facciano i loro colleghi maschi agli aspetti relazionali insiti in questo modello. Anche nei confronti dei colleghi di lavoro vi è una maggiore attenzione da parte delle femmine (13.78%) rispetto ai maschi (9.71%), attenzione rivolta specialmente agli aspetti comunicativi interni all’équipe (8.16%). I maschi più delle femmine pongono invece la loro attenzione sulla

malattia (9.71%) e intendono la comunicazione come informazione relativa a diagnosi e trattamento (5.40%).

Grafico 19. Profilo del medico centrato sulla malattia: confronto tra medici maschi e femmine



Come è stato precedentemente accennato, il profilo del medico centrato sul paziente non appare in assoluto rappresentato dai medici di un genere piuttosto che dall'altro (sono 338 le citazioni dei medici maschi e 329 quelle delle femmine, e quindi praticamente equivalenti) tuttavia dalle frequenze delle diverse categorie e sotto-categorie possiamo osservare come tale profilo abbia per maschi e femmine connotazioni un poco differenti (Tabella 24). La rappresentazione delle femmine è, in modo molto evidente, caratterizzata dall'idea del medico come persona (il 43.77% delle citazioni delle femmine contro il 23.96% di quelle dei maschi), un'idea di medico molto concreta, calata nella realtà professionale (7.29%) una professionalità sulla quale influiscono in modo importante le caratteristiche personali del medico (16.11%), la vita privata e personale (4.56%) e l'emotività che conduce ad un grande coinvolgimento con i pazienti (8.81%).

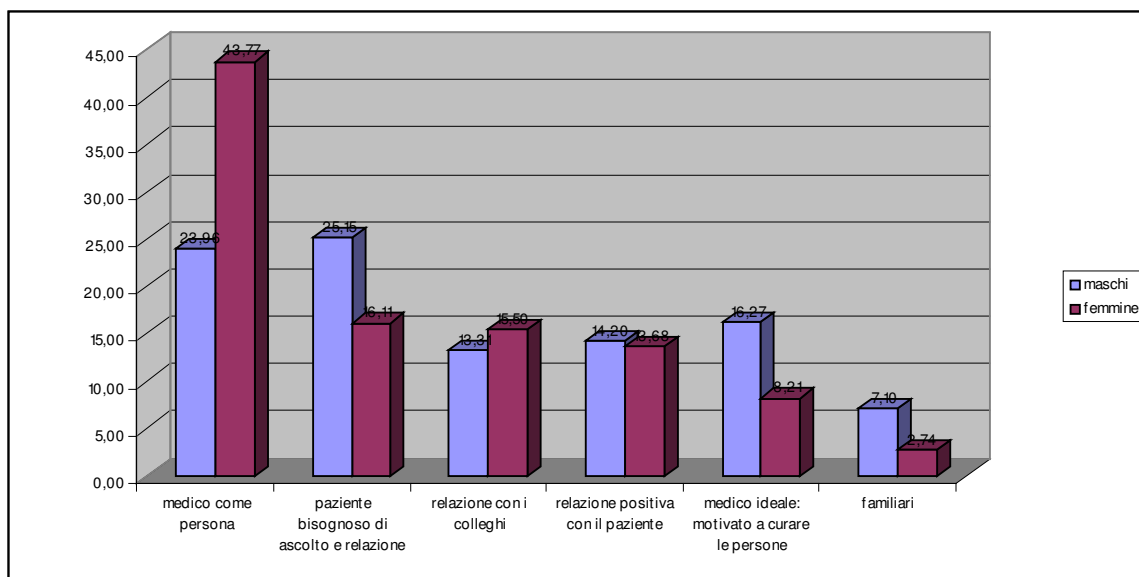
Il profilo di "Medico centrato sul paziente" che emerge tra i maschi è connotato – in modo probabilmente un poco idealizzato – soprattutto da una visione del paziente descritto come bisognoso di ascolto e relazione (25.15%), dalla centralità attribuita all'ascolto (3.85%) e dall'idea che la comunicazione debba essere adeguata di volta in volta ai bisogni dei pazienti (6.51%).

Tabella 24. Profilo del medico centrato sul paziente: confronto tra medici maschie e femmine

| Medico centrato sul paziente | Maschi (N=11) | | Femmine (N=9) | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 338 (51%) | 100% | 329 (49%) | 100% |
| Medico come persona | 81 | 23.96% | 144 | 43.77% |
| Caratteristiche personali del medico | 29 | 8.58% | 53 | 16.11% |
| Importanza dell'esperienza | 20 | 5.92% | 23 | 6.99% |
| Medico nella realtà professionale | 16 | 4.73% | 24 | 7.29% |
| Emotività del medico e possibilità di un grande coinvolgimento | 10 | 2.96% | 29 | 8.81% |
| Influenza della vita privata/personale sulla sfera professionale | 6 | 1.78% | 15 | 4.56% |
| Paziente bisognoso di ascolto e relazione | 85 | 25.15% | 53 | 16.11% |
| Paziente bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione | 27 | 7.99% | 12 | 3.65% |
| Comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente | 22 | 6.51% | 14 | 4.26% |
| Primato della relazione umana su quella professionale | 17 | 5.03% | 19 | 5.78% |
| Ascolto fondamentale nella relazione e nella cura | 13 | 3.85% | 6 | 1.82% |
| Paziente visto nella sua "interezza" | 6 | 1.78% | 2 | 0.61% |
| Relazione con i colleghi | 45 | 13.31% | 51 | 15.50% |
| Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe | 17 | 5.03% | 16 | 4.86% |
| Relazione con i colleghi utile e costruttiva | 10 | 2.96% | 17 | 5.17% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 10 | 2.96% | 11 | 3.34% |
| Relazione con gli infermieri importante e positiva | 8 | 2.37% | 7 | 2.13% |
| Relazione positiva con il paziente | 48 | 14.20% | 45 | 13.68% |
| Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente | 29 | 8.58% | 40 | 12.16% |
| Paziente soddisfatto e riconoscente | 12 | 3.55% | 5 | 1.52% |
| Vicinanza, contatto fisico tra medico e paziente | 7 | 2.07% | 0 | 0.00% |
| Medico ideale: motivato a curare le persone | 55 | 16.27% | 27 | 8.21% |
| Immagine del medico ideale | 24 | 7.10% | 8 | 2.43% |
| Immagine positiva del medico | 15 | 4.44% | 7 | 2.13% |
| Motivazione della scelta professionale: curare le persone nella loro complessità | 11 | 3.25% | 8 | 2.43% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 5 | 1.48% | 4 | 1.22% |
| Familiari | 24 | 7.10% | 9 | 2.74% |
| Familiare come figura importante. Indissolubile dal paziente | 14 | 4.14% | 5 | 1.52% |
| Familiare collaborativo, di supporto alla cura | 10 | 2.96% | 4 | 1.22% |

Anche la categoria “Medico ideale: motivato a curare le persone” vede la prevalenza di citazioni dei medici maschi (16.27% rispetto all’8.21% delle femmine) soprattutto per effetto delle sotto-categorie “Immagine del medico ideale” (7.10%) e Immagine positiva del medico” (4.44%).

Grafico 20. Profilo del medico centrato sul paziente: confronto tra medici maschie e femmine



Dal confronto effettuato sembra pertanto di poter concludere che se il profilo del medico centrato sulla malattia è soprattutto rappresentato dai medici maschi quello centrato sul paziente è rappresentato sia dai maschi che dalle femmine e queste ultime ne rappresentano soprattutto gli aspetti pragmatici, di concretezza, costituiti dall’emotività, dalle caratteristiche personali, dall’esperienza (un medico centrato sulla “persona” più ancora, o oltre, che sul paziente) mentre i maschi ne rappresentano gli aspetti più ideali, quali l’ideale di curare le persone nella loro interezza ed il richiamo alla necessità di adeguare la comunicazione ai bisogni del paziente che sono (devono idealmente essere) al centro dell’attenzione del medico.

b) Confronti tra medici che si occupano di cronicità e medici che si occupano di acuzie

Il confronto tra medici che si occupano di cronicità e di patologie acute (si veda la Tabella 25) non fa emergere una chiara corrispondenza con alcuno dei due modelli di medicina considerati. Alcuni aspetti del modello di medicina centrata sulla malattia sembrano essere tuttavia più e meglio rappresentati nelle descrizioni di chi si occupa di acuzie: per loro sono più rilevanti di quanto lo siano per chi si occupa di cronicità le motivazioni alla professione intese come conoscenza scientifica (6.92%) e come pratica tecnica (5%). Ancora, chi si occupa di acuzie rappresenta il medico come un esperto della malattia (14.23%) e descrive il rapporto con un paziente considerato soprattutto passivo e che si affida al proprio curante (3.08%).

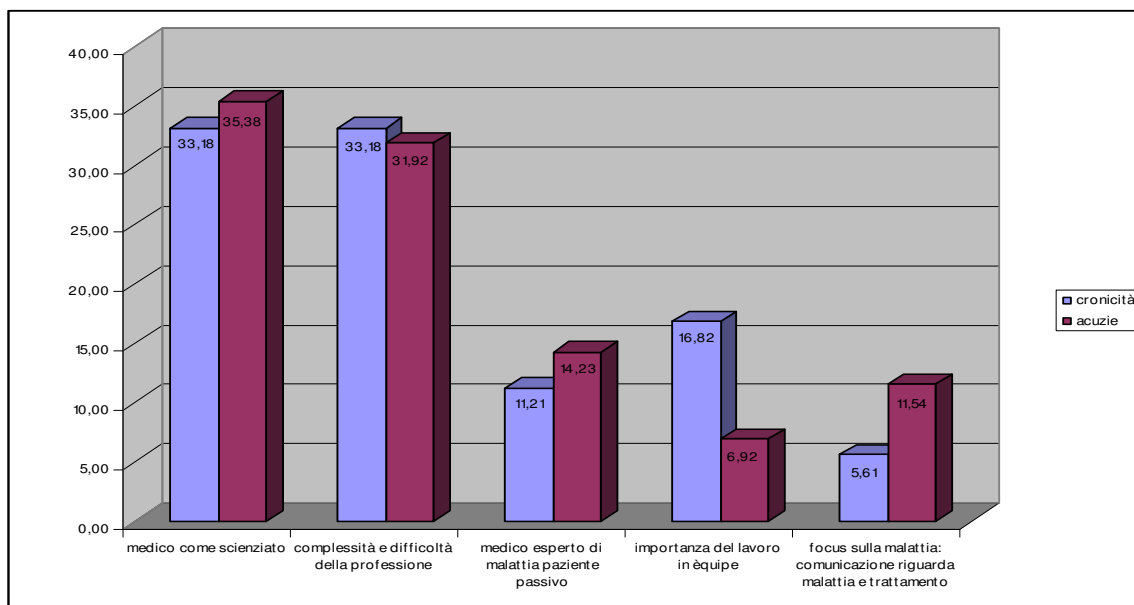
Tabella 25. Profilo del medico centrato sulla malattia: confronto tra medici che si occupano di cronicità o di acuzie

| Medico centrato sulla malattia | Cronicità (N=10) | | Acuzie (N=10) | |
|---|------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 214 (45%) | 100% | 260 (55%) | 100% |
| Medico come scienziato | 71 | 33.18% | 92 | 35.38% |
| Importanza dello studio/aggiornamento professionale | 13 | 6.07% | 20 | 7.69% |
| Immagine del medico ideale | 16 | 7.48% | 16 | 6.15% |
| Motivazione della scelta professionale: conoscenza scientifica | 9 | 4.21% | 18 | 6.92% |
| Primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico | 10 | 4.67% | 14 | 5.38% |
| Immagine positiva del medico | 17 | 7.94% | 5 | 1.92% |
| Motivazione della scelta professionale: pratica tecnica | 3 | 1.40% | 13 | 5.00% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 3 | 1.40% | 6 | 2.31% |
| Complessità e difficoltà della professione | 71 | 33.18% | 83 | 31.92% |
| L'aspetto biomedico dei casi trattati: la gravità e complessità delle condizioni del paziente | 17 | 7.94% | 32 | 12.31% |
| Peculiarità della propria specialità rispetto alle altre | 23 | 10.75% | 24 | 9.23% |
| Ipertecnicismo e parcellizzazione delle competenze | 18 | 8.41% | 19 | 7.31% |
| Difficoltà ad integrare le diverse specialità | 13 | 6.07% | 8 | 3.08% |
| Medico esperto di malattia paziente passivo | 24 | 11.21% | 37 | 14.23% |
| Emotività del medico e necessità di una corretta distanza emotiva | 10 | 4.67% | 11 | 4.23% |
| Asimmetria della relazione tra medico e paziente | 7 | 3.27% | 10 | 3.85% |
| Onnipotenza del medico | 5 | 2.34% | 8 | 3.08% |
| Paziente passivo, che si affida al medico | 2 | 0.93% | 8 | 3.08% |
| Importanza del lavoro in équipe | 36 | 16.82% | 18 | 6.92% |
| Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe | 21 | 9.81% | 12 | 4.62% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 15 | 7.01% | 6 | 2.31% |
| Focus sulla malattia: comunicazione riguarda malattia e trattamento | 12 | 5.61% | 30 | 11.54% |
| Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento | 2 | 0.93% | 15 | 5.77% |
| Paziente informato | 5 | 2.34% | 11 | 4.23% |
| Comunicazione e informazioni trasmesse dai mass media | 5 | 2.34% | 4 | 1.54% |

E' soprattutto per i medici dediti alla gestione delle malattie acute, ancora, che il focus dell'attenzione è rivolto alla malattia: per questi medici la comunicazione è soprattutto informazione su malattia e trattamento (11.54%) e il paziente è soprattutto un paziente "informato" (4.23%).

I medici che si occupano di cronicità rappresentano invece il medico soprattutto nei termini del suo contributo al lavoro di équipe (16.82% contro il 6.92% dei medici che si occupano di acuzie), della difficoltà ad integrare le diverse specialità (6.07%) e in generale essi offrono un'immagine positiva del medico (7.94% contro il 1.92% dei medici che si occupano di acuzie).

Grafico 21. Profilo del medico centrato sulla malattia: confronto tra medici che si occupano di cronicità o di acuzie



Il medico centrato sul paziente (Tabella 26), viceversa, sembra per alcuni aspetti essere rappresentato soprattutto e meglio dai medici che si occupano di cronicità (397 citazioni, quasi il 60% di tutte le citazioni, rispetto alle 270 dei medici dell'acuzie): sono soprattutto loro a rappresentare il medico come persona (37.03%), a descriverlo nei termini delle sue caratteristiche personali (12.85%), dell'influenza che ha la sua vita privata e personale sulla sfera professionale (5.04%), dell'emotività del medico che implica spesso forte coinvolgimento con il paziente (6.55%) e del valore dell'esperienza (7.30%). Anche in questo caso sono questi medici a portare in primo piano la relazione con i colleghi nell'équipe (15.37%) e comunque in generale a proporre un'immagine positiva del medico (4.28%).

Per i medici che si occupano di acuzie il medico centrato sul paziente è caratterizzato soprattutto da un'immagine del paziente bisognoso di ascolto e di relazione (25.19%): per loro la relazione umana deve avere il primato su quella professionale (7.04%) per cui la comunicazione deve essere adeguata ai bisogni del paziente (6.67%) e l'ascolto divenire fondamentale nella relazione e nella cura (4.07%). Sono loro che tendono a rappresentare il medico in modo più idealizzato (5.93%) rispetto ai medici che si occupano di cronicità e che risultano anche più soddisfatti dalla loro professione (2.22%).

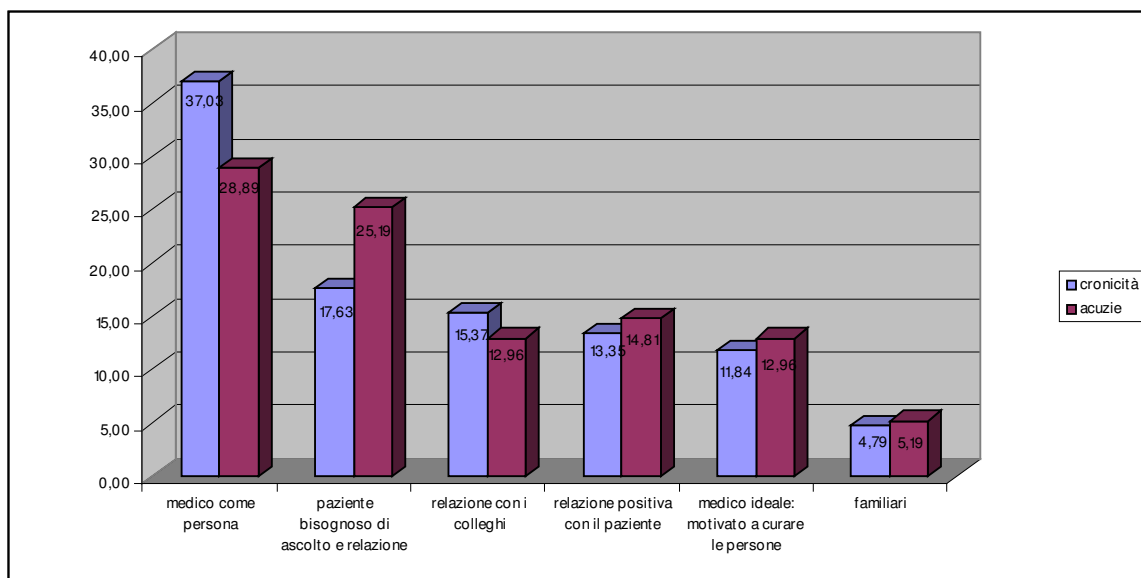
Tabella 26. Profilo del medico centrato sul paziente: confronto tra medici che si occupano di cronicità o di acuzie

| Medico centrato sul paziente | Cronicità (N=10) | | Acuzie (N=10) | |
|--|------------------|---------------|---------------|---------------|
| | 397 (59%) | 100% | 270 (41%) | 100% |
| Medico come persona | 147 | 37.03% | 78 | 28.89% |
| Caratteristiche personali del medico | 51 | 12.85% | 31 | 11.48% |
| Importanza dell'esperienza | 29 | 7.30% | 14 | 5.19% |
| Medico nella realtà professionale | 21 | 5.29% | 19 | 7.04% |
| Emotività del medico e possibilità di un grande coinvolgimento | 26 | 6.55% | 13 | 4.81% |
| Influenza della vita privata/personale sulla sfera professionale | 20 | 5.04% | 1 | 0.37% |
| Paziente bisognoso di ascolto e relazione | 70 | 17.63% | 68 | 25.19% |
| Paziente bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione | 21 | 5.29% | 18 | 6.67% |
| Comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente | 18 | 4.53% | 18 | 6.67% |
| Primato della relazione umana su quella professionale | 17 | 4.28% | 19 | 7.04% |
| Ascolto fondamentale nella relazione e nella cura | 8 | 2.02% | 11 | 4.07% |
| Paziente visto nella sua "interezza" | 6 | 1.51% | 2 | 0.74% |
| Relazione con i colleghi | 61 | 15.37% | 35 | 12.96% |
| Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe | 21 | 5.29% | 12 | 4.44% |
| Relazione con i colleghi utile e costruttiva | 13 | 3.27% | 14 | 5.19% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 15 | 3.78% | 6 | 2.22% |
| Relazione con gli infermieri importante e positiva | 12 | 3.02% | 3 | 1.11% |
| Relazione positiva con il paziente | 53 | 13.35% | 40 | 14.81% |
| Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente | 40 | 10.08% | 29 | 10.74% |
| Paziente soddisfatto e riconoscente | 9 | 2.27% | 8 | 2.96% |
| Vicinanza, contatto fisico tra medico e paziente | 4 | 1.01% | 3 | 1.11% |
| Medico ideale: motivato a curare le persone | 47 | 11.84% | 35 | 12.96% |
| Immagine del medico ideale | 16 | 4.03% | 16 | 5.93% |
| Immagine positiva del medico | 17 | 4.28% | 5 | 1.85% |
| Motivazione della scelta professionale: curare le persone nella loro complessità | 11 | 2.77% | 8 | 2.96% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 3 | 0.76% | 6 | 2.22% |
| Familiari | 19 | 4.79% | 14 | 5.19% |
| Familiare come figura importante, indissolubile dal paziente | 13 | 3.27% | 6 | 2.22% |
| Familiare collaborativo, di supporto alla cura | 6 | 1.51% | 8 | 2.96% |

Da questo secondo confronto sembra di poter concludere che il profilo del medico centrato sulla malattia sia soprattutto rappresentato dai medici che si occupano di acuzie mentre quello centrato sul paziente dai medici che si occupano di cronicità. Ancora una volta non vi è una completa corrispondenza ma aspetti diversi dei due modelli rappresentati in un gruppo piuttosto che nell'altro.

I medici che si occupano di acuzie valorizzano soprattutto gli aspetti scientifici e tecnici della professione (ai quali si devono per lo più affidare per la cura delle patologie che trattano), i medici che si occupano di cronicità valorizzano di più le relazioni, l'esperienza diretta ed il loro essere impegnati in quanto persone nella cura (ovvero nella relazione, trattandosi di patologie croniche) dei loro pazienti.

Grafico 22. Profilo del medico centrato sul paziente: confronto tra medici che si occupano di cronicità o di acuzie



Sembra di poter cogliere in parte una certa analogia tra le rappresentazioni emerse dal gruppo di medici maschi e da quello di coloro che si occupano di acuzie così come tra il gruppo delle femmine e di chi si occupa di cronicità, specie per ciò che riguarda l'idealizzazione dell'atto tecnico-scientifico nel caso dei primi e per quanto riguarda la pragmaticità e la concretezza del medico rappresentato e della prassi medica nel caso dei secondi.

c) Confronti tra medici con maggiore e minore anzianità di servizio

L'ultimo confronto riguarda i medici con maggiore (> di 15 anni) e con minore (< di 15 anni) anzianità di servizio (Tabella 27).

Da questo confronto sembra di poter osservare una tendenziale prevalenza di descrizioni del medico centrato sulla malattia nel gruppo dei medici con minore anzianità di servizio (che esprimono il 54% delle citazioni totali). Sono loro a descrivere la professione del medico prevalentemente nei termini della sua complessità e difficoltà (34.24%). Ad esempio essi citano più di quanto non facciano i loro colleghi più anziani l'aspetto biomedico dei casi trattati, la loro gravità e complessità (12.45%) nonché la peculiarità della propria specialità rispetto alle altre (10.12%) e quindi la difficoltà ad integrare tra loro le diverse specialità (5.06%).

Tabella 27. Profilo del medico centrato sulla malattia: confronto tra medici con maggiore e minore anzianità di servizio

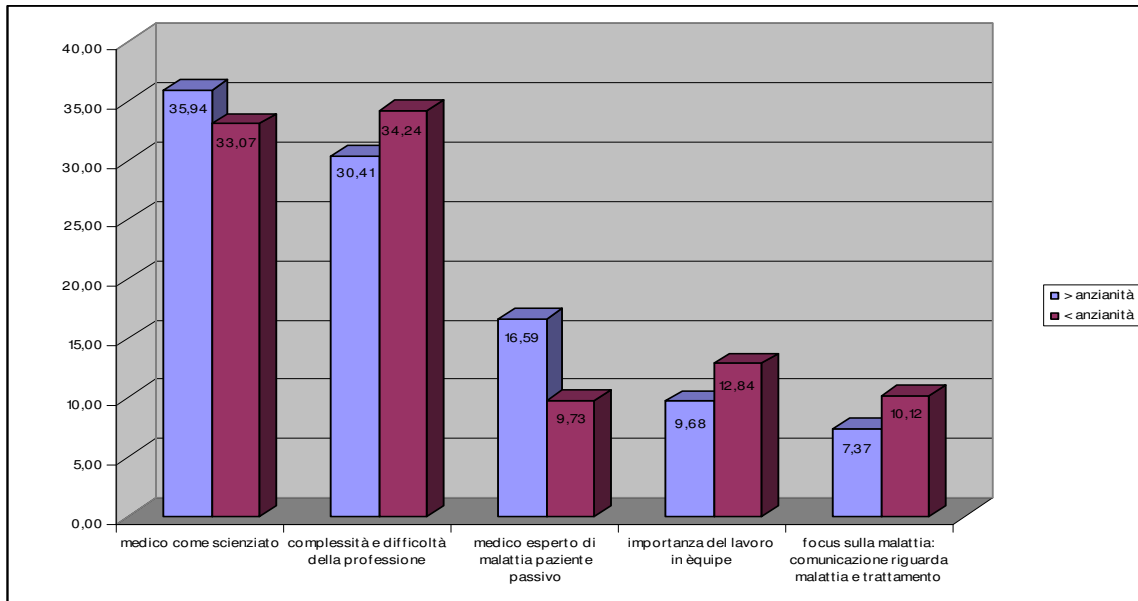
| Medico centrato sulla malattia | > Anzianità (N=10) | | < Anzianità (N=10) | |
|---|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | 217 (46%) | 100% | 257 (54%) | 100% |
| Medico come scienziato | 78 | 35.94% | 85 | 33.07% |
| Importanza dello studio/aggiornamento professionale | 18 | 8.29% | 15 | 5.84% |
| Immagine del medico ideale | 17 | 7.83% | 15 | 5.84% |
| Motivazione della scelta professionale: conoscenza scientifica | 10 | 4.61% | 17 | 6.61% |
| Primato della conoscenza scientifica e tecnica nel mestiere di medico | 11 | 5.07% | 13 | 5.06% |
| Immagine positiva del medico | 10 | 4.61% | 12 | 4.67% |
| Motivazione della scelta professionale: pratica tecnica | 9 | 4.15% | 7 | 2.72% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 3 | 1.38% | 6 | 2.33% |
| Complessità e difficoltà della professione | 66 | 30.41% | 88 | 34.24% |
| L'aspetto biomedico dei casi trattati: la gravità e complessità delle condizioni del paziente | 17 | 7.83% | 32 | 12.45% |
| Peculiarità della propria specialità rispetto alle altre | 21 | 9.68% | 26 | 10.12% |
| Ipertecnicismo e parcellizzazione delle competenze | 20 | 9.22% | 17 | 6.61% |
| Difficoltà ad integrare le diverse specialità | 8 | 3.69% | 13 | 5.06% |
| Medico esperto di malattia paziente passivo | 36 | 16.59% | 25 | 9.73% |
| Emotività del medico e necessità di una corretta distanza emotiva | 11 | 5.07% | 10 | 3.89% |
| Asimmetria della relazione tra medico e paziente | 12 | 5.53% | 5 | 1.95% |
| Onnipotenza del medico | 10 | 4.61% | 3 | 1.17% |
| Paziente passivo, che si affida al medico | 3 | 1.38% | 7 | 2.72% |
| Importanza del lavoro in équipe | 21 | 9.68% | 33 | 12.84% |
| Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe | 10 | 4.61% | 23 | 8.95% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 11 | 5.07% | 10 | 3.89% |
| Focus sulla malattia: comunicazione riguarda malattia e trattamento | 16 | 7.37% | 26 | 10.12% |
| Comunicazione intesa come informazione su diagnosi e trattamento | 1 | 0.46% | 16 | 6.23% |
| Paziente informato | 10 | 4.61% | 6 | 2.33% |
| Comunicazione e informazioni trasmesse dai mass media | 5 | 2.30% | 4 | 1.56% |

Sembra in qualche modo farsi sentire in questo gruppo la sottolineatura degli aspetti “tecnico-professionali” che per l’altro sottogruppo, quello dei medici più anziani, in virtù anche della loro esperienza, probabilmente non risultano più altrettanto rilevanti. E’ così che per i medici meno anziani il focus è rivolto alla malattia (10.12%) e la comunicazione è intesa soprattutto come informazione su diagnosi e trattamento (6.23%). Forse perché in una fase ancora precoce del proprio iter professionale i medici con minore anzianità sembrano rassicurati dal fatto di lavorare in équipe (12.84%) e tendono a valorizzarne la comunicazione interna e l’integrazione (8.95%).

Viceversa i medici con più anni di servizio rappresentano il medico soprattutto come uno scienziato (35.94%) la cui motivazione alla professione è costituita principalmente dalla pratica tecnica (4.15%). A questa rappresentazione essi legano l’immagine del medico ideale (7.83%). Da professionisti con molti anni di esperienza essi commentano con consapevolezza l’ipertecnicismo e la parcellizzazione delle competenze tipiche della medicina moderna

(9.22%) e al contempo valorizzano e sottolineano l'importanza dello studio e del continuo aggiornamento professionale (8.29%).

Grafico 23. Profilo del medico centrato sulla malattia: confronto tra medici con maggiore e minore anzianità di servizio



Per questo sotto-gruppo di intervistati il medico è l'esperto della malattia ed il paziente risulta soprattutto come passivo fruitore delle sue prestazioni (16.59%). Sempre la molta esperienza può dunque consentire ai medici di questo sotto-gruppo di parlare della tipica onnipotenza del medico (4.61%) e dell'asimmetria caratteristica della relazione tra medico e paziente (5.53%) a cui è legata la necessità (e l'acquisita capacità) di mantenere una certa distanza emotiva tra medico e paziente (5.07%).

Il profilo del medico centrato sul paziente è rappresentato sia dagli intervistati con minore anzianità di servizio che dai più anziani. I primi rappresentano il medico in quanto persona più di quanto facciano i medici anziani (35.50% le citazioni dei meno anziani e 31.99% quelle dei più anziani), probabilmente perché affidano alle caratteristiche personali del medico (13.31%) molta parte della loro identità professionale e le proprie motivazioni.

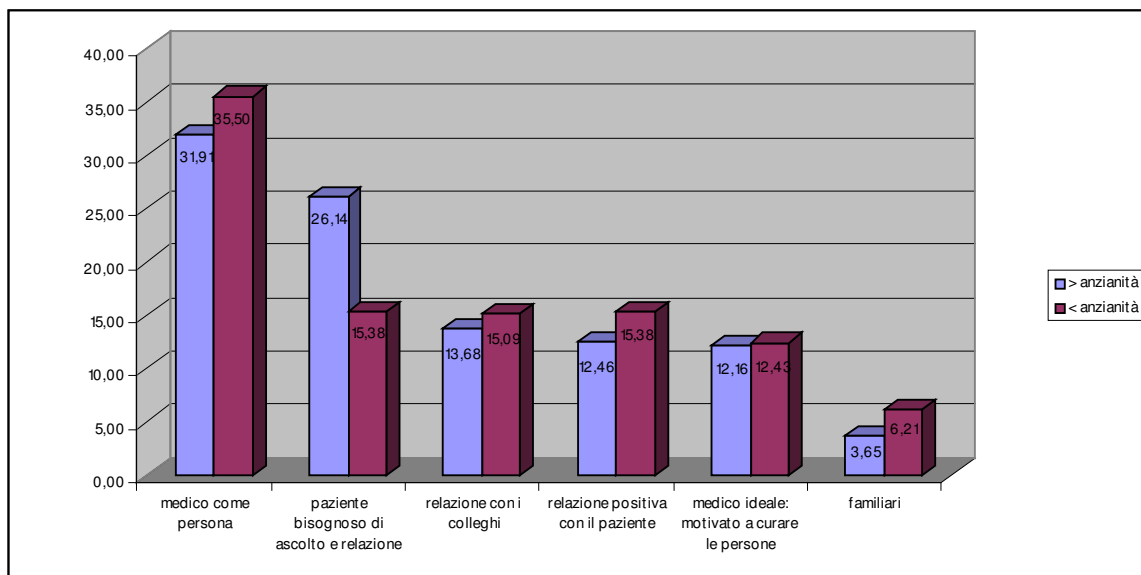
I medici meno anziani danno molta rilevanza anche alla relazione con i colleghi (15.09%) e alla comunicazione con essi (6.80%). Soprattutto essi descrivono la relazione con il paziente (e con i familiari) come positiva (15.38%), caratterizzata da fiducia e da empatia.

Tabella 28. Profilo del medico centrato sul paziente: confronto tra medici con maggiore e minore anzianità di servizio

| Medico centrato sul paziente | > Anzianità (N=10) | | < Anzianità (N=10) | |
|--|--------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | 329 (49%) | 100% | 338 (51%) | 100% |
| Medico come persona | 105 | 31.91% | 120 | 35.50% |
| Caratteristiche personali del medico | 37 | 11.25% | 45 | 13.31% |
| Importanza dell'esperienza | 19 | 5.78% | 24 | 7.10% |
| Medico nella realtà professionale | 17 | 5.17% | 23 | 6.80% |
| Emotività del medico e possibilità di un grande coinvolgimento | 23 | 6.99% | 16 | 4.73% |
| Influenza della vita privata/personale sulla sfera professionale | 9 | 2.74% | 12 | 3.55% |
| Paziente bisognoso di ascolto e relazione | 86 | 26.14% | 52 | 15.38% |
| Paziente bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione | 23 | 6.99% | 16 | 4.73% |
| Comunicazione va adeguata ai bisogni del paziente | 19 | 5.78% | 17 | 5.03% |
| Primato della relazione umana su quella professionale | 25 | 7.60% | 11 | 3.25% |
| Ascolto fondamentale nella relazione e nella cura | 17 | 5.17% | 2 | 0.59% |
| Paziente visto nella sua "interezza" | 2 | 0.61% | 6 | 1.78% |
| Relazione con i colleghi | 45 | 13.68% | 51 | 15.09% |
| Comunicazione/integrazione all'interno dell'équipe | 10 | 3.04% | 23 | 6.80% |
| Relazione con i colleghi utile e costruttiva | 14 | 4.26% | 13 | 3.85% |
| Multidisciplinarietà e integrazione importante e utile | 11 | 3.34% | 10 | 2.96% |
| Relazione con gli infermieri importante e positiva | 10 | 3.04% | 5 | 1.48% |
| Relazione positiva con il paziente | 41 | 12.46% | 52 | 15.38% |
| Relazione positiva (di fiducia ed empatica) con il paziente | 27 | 8.21% | 42 | 12.43% |
| Paziente soddisfatto e riconoscente | 8 | 2.43% | 9 | 2.66% |
| Vicinanza, contatto fisico tra medico e paziente | 6 | 1.82% | 1 | 0.30% |
| Medico ideale: motivato a curare le persone | 40 | 12.16% | 42 | 12.43% |
| Immagine del medico ideale | 17 | 5.17% | 15 | 4.44% |
| Immagine positiva del medico | 10 | 3.04% | 12 | 3.55% |
| Motivazione della scelta professionale: curare le persone nella loro complessità | 10 | 3.04% | 9 | 2.66% |
| Soddisfazione derivante dalla pratica della professione | 3 | 0.91% | 6 | 1.78% |
| Familiari | 12 | 3.65% | 21 | 6.21% |
| Familiare come figura importante. indissolubile dal paziente | 7 | 2.13% | 12 | 3.55% |
| Familiare collaborativo, di supporto alla cura | 5 | 1.52% | 9 | 2.66% |

I medici più anziani tendono a mettere al centro della rappresentazione il paziente più di quanto non facciano i loro colleghi meno anziani. Essi descrivono il paziente come bisognoso di ascolto e di relazione (26.14%), ritengono l'ascolto fondamentale (5.17%) e considerano la relazione umana prioritaria rispetto a quella professionale (7.60%). E' lo stesso sotto-gruppo dei più anziani a descrivere il medico come ideale (5.17%) ed è probabilmente in virtù della loro esperienza che essi parlano di aspetti anche "difficili" della relazione con i pazienti quali l'emotività del medico e la possibilità di un grande coinvolgimento emotivo con il paziente (6.99%) nonché di aspetti legati all'esperienza professionale quale la creazione di relazioni importanti e positive con gli infermieri (3.04%).

Grafico 24. Profilo del medico centrato sul paziente: confronto tra medici con maggiore e minore anzianità di servizio



In sintesi possiamo dire che dai confronti effettuati emerge un quadro interessante, anche se non del tutto inatteso. I profili del medico centrato sulla malattia o sul paziente non sono necessariamente appannaggio di un gruppo o dell'altro: ogni gruppo di medici esprime rappresentazioni della medicina più complesse che includono alcuni aspetti dell'uno o dell'altro profilo (medico centrato sulla malattia e medico centrato sul paziente).

I maschi, ad esempio, sembrano rappresentare un tipo di prassi medica che si avvicina di più alla medicina centrata sulla malattia, o comunque ne valorizzano l'aspetto scientifico ed ideale, mentre le femmine appaiono più concrete nella loro rappresentazione e utilizzano maggiormente il loro "personale" valorizzando al contempo quello del paziente e dei colleghi.

Le donne sembrano in questo più vicine al sotto-gruppo dei medici che si occupano di patologie croniche e che per questo curano giorno per giorno pazienti che tendono a divenire ai loro occhi sempre più delle persone, viceversa i medici che si occupano di patologie acute sembrano aver bisogno di riferimenti differenti, la velocità delle cure e delle relazioni sembra favorire l'adozione di una rappresentazione più vicina a quella dei medici maschi e a quella della medicina centrata sulla malattia.

I giovani sembrano sopperire alla mancanza di esperienza mettendo in campo molto del loro

“personale”, in ogni caso sembra essere quest’ultimo a procurare loro fatica e a metterli in difficoltà, mentre i medici con più anzianità sembrano mostrare più dimestichezza e sicurezza e risultano quindi meno “auto-centrati” e “auto-referenziali”, si riferiscono maggiormente al paziente e ai suoi bisogni, ai colleghi infermieri e ai familiari, sottolineano l’importanza dello studio pensando probabilmente anche ai loro giovani colleghi in formazione a cui toccherà in sorte, affermano, una medicina molto cambiata e sempre più difficile.

I due modelli di medicina e di pratica della medicina che sono stati rintracciati nelle interviste dei nostri 20 medici sono in grado di orientare, naturalmente, le scelte ed i comportamenti dei medici nonché le loro relazioni con i pazienti e gli obiettivi delle consultazioni mediche. Essi contribuiscono altresì a definire ciò che ci si attende che avvenga durante l’incontro tra medico e paziente. E’ nostro interesse a questo punto cercare di approfondire ulteriormente l’analisi sul versante degli stili di relazione tra medico e paziente, quelli che Debra Roter (2000) definisce *prototipi relazionali*, coerenti con i profili di medicina e pratica della medicina sin qui individuati.

4) Modelli di relazione medico-paziente

Approfondire l'analisi delle modalità in cui i nostri intervistati rappresentano la relazione tra medico e paziente costituisce il quarto ed ultimo obiettivo che ci eravamo proposti. La nostra attenzione è stata in particolare orientata a verificare se in tali rappresentazioni fossero rintracciabili i prototipi di relazione tra medico e paziente ipotizzati in via teorica da Roter (2000) a partire da alcune sue considerazioni sul potere e sul ruolo reciproco di medico e paziente. Secondo Roter gli elementi chiave attraverso cui vengono espresse le relazioni di potere nelle visite mediche sono: 1) chi stabilisce l'agenda e gli scopi della visita (il medico, il paziente, il medico e il paziente in interazione); 2) il ruolo svolto dai valori del paziente (ritenuti dal medico coerenti con i propri, esplorati congiuntamente da medico e paziente, non presi in esame o in considerazione) e 3) il ruolo funzionale assunto dal medico (di "guardiano" accidentante, consigliere o consulente).

Dalla combinazione di questi elementi possono desumersi alcuni prototipi di relazione tra medico e paziente a seconda che il potere dei due partecipanti alla relazione sia simmetricamente o asimmetricamente distribuito. I prototipi di relazione descritti da Roter sono: il paternalismo, il pattern consumistico e la mutualità (cfr. Tabella 29).

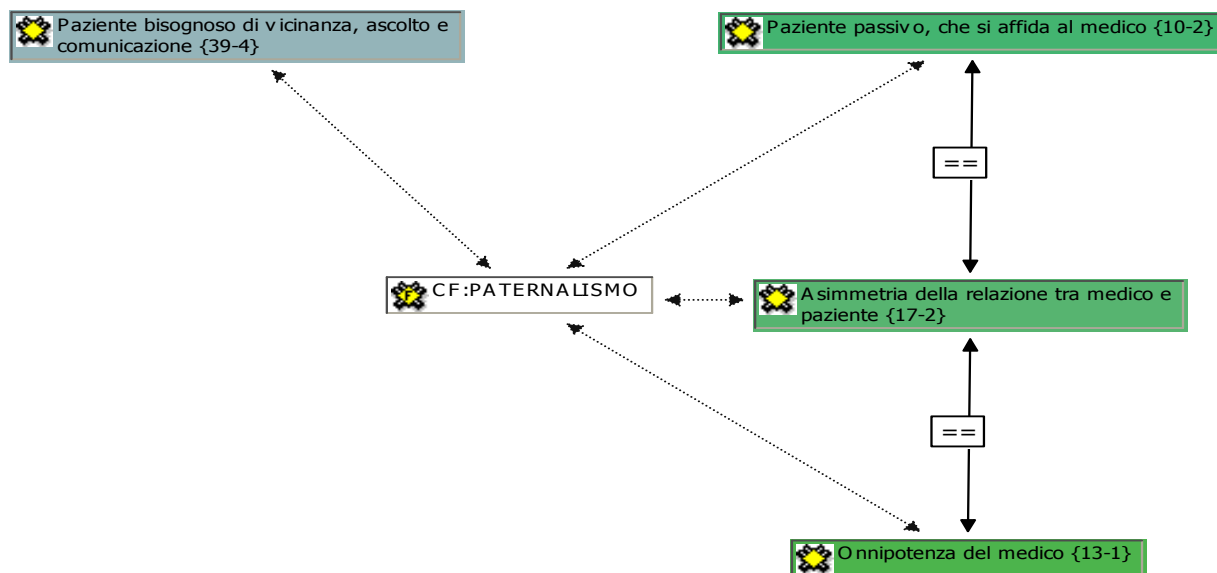
Tabella 29. Prototipi di relazione tra medico e paziente secondo Roter (2000) (con riferimento al potere)

| | Alto potere del medico | Basso potere del medico |
|---|---|--|
| Alto potere del paziente Scopi e agenda Valori del paziente Ruolo del medico | MUTUALITA' Negozianti Analizzati congiuntamente Consigliere | CONSUMERISM Stabiliti dal paziente Non presi in esame Consulente-tecnico |
| Basso potere del paziente Scopi e agenda Valori del paziente Ruolo del medico | PATERNALISMO Stabiliti dal medico Supposti Guardiano | DEFAULT Non chiaro Non chiaro Non chiaro |

Paternalismo

Nel modello del paternalismo, quello più diffuso, il più rappresentativo della relazione che tipicamente si instaura tra medico e paziente, il potere è a vantaggio del medico. La voce del paziente è praticamente assente, il medico è obbligato ad agire nel "miglior interesse" del paziente e dà per scontato che i valori e le preferenze del paziente siano analoghi ai suoi. E' in questo modo che il medico diviene il "guardiano" degli interessi del paziente, a prescindere dalle preferenze, dalle idee e dai valori di quest'ultimo.

Figura 10. Rappresentazione del prototipo di relazione “paternalismo”



I medici intervistati nel nostro studio hanno mostrato di rappresentare questo prototipo di relazione tra medico e paziente attraverso la sottolineatura della caratteristica asimmetria esistente nella relazione tra medico e paziente (7 medici su 20, 17 citazioni).

“Si accorgono (i pazienti, NdR) che c'è una distanza che non diminuisce mai.” (Medico 6 – F, 34 anni, otorinolaringoiatria)

“Questo non deve essere esagerato, non deve essere esageratamente amicale. Io dico sempre ai miei pazienti che il medico deve essere un mediatore dolce e gentile però dittatore, altrimenti è un disastro, perché non c'è niente di peggio, se tu hai bisogno, di qualcuno che ti chiede "Ma come faccio ad aiutarti? Cosa vuoi fare?" e ti lascia democraticamente scegliere.” (Medico 14 – F, 47 anni, dermatologia)

“Quindi non è vero che è un rapporto paritario. Almeno io non mi sento in un rapporto paritario con il malato. Forse è sbagliato, però credo che effettivamente il grosso problema della comunicazione tra medico e malato sia questo, il fatto che tu non ti puoi permettere di trattarlo come una persona come te, in quel momento non è una persona come te. Poi magari fuori da lì sì, cioè se ti incontri casualmente al ristorante è una persona come te, ma in quella sede e in quel momento non è come te e quindi tu devi dare delle risposte adeguate.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Anche l'onnipotenza del medico (che naturalmente include anche la responsabilità) contribuisce a porre il medico e il paziente su livelli gerarchici molto diversi (8 medici su 20, 13 citazioni).

“Nel nostro mestiere è molto facile farsi idealizzare proponendo sempre cure nuove. E' più difficile interrompere le cure, lasciare andare.” (Medico 3 – M, 51 anni, nefrologia)

Il paziente, in questo prototipo, è rappresentato dai suoi bisogni, che lo pongono in una condizione di dipendenza (“Paziente bisognoso di vicinanza, ascolto e comunicazione”, 16

medici su 20, 39 citazioni).

“I pazienti vorrebbero, probabilmente, delle persone che gli stessero vicino: medici, medici di base, infermieri... Forse sarò condizionato dal reparto in cui lavoro, ma credo che il malato a volte avrebbe bisogno più di una parola che di una pastiglia o di una flebo...” (Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

Ancora, il paziente è qui caratterizzato, coerentemente con il prototipo, dalla sua passività (6 medici su 20, 10 citazioni).

“Certo è che quando si tratta di patologie maligne i pazienti hanno il terrore di questa cosa e quindi più o meno qualunque cosa gli proponi, o chirurgia o chemioterapia o altri trattamenti, comunque sicuramente accettano, perché è nella psicologia del paziente, mi immagino. Ho provato ad immedesimarmi anche io qualche volta, se io avessi una cosa che sembra, che è un tumore dentro di me la prima cosa che vorrei è tirarla via, perché senti qualcosa di estraneo a te...” (Medico 9 – M, 37 anni, chirurgia dei trapianti)

“C’è quello che ti dice, che di solito è la persona più anziana o culturalmente meno preparata, che dice, a volte anche dialetto modenese, che il dottore è lui, faccia lui, e non vuol sapere niente. “Ma io bisogna che le spieghi cosa vado a fare”, “Ah no, no, no, quello che fa va bene, non voglio sapere niente”...” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Si tratta di un prototipo non necessariamente negativo, probabilmente indispensabile nelle situazioni di acuzie e che è condiviso da medici maschi e da medici donne, e che è soprattutto indicato dai medici con maggiore anzianità.

Consumerism

Il secondo modello, quello che Roter ha definito “Consumerism”, vede il potere, nella relazione, a vantaggio del paziente il quale chiede al medico soltanto informazioni tecniche e prescrizioni che gli vengono da questi fornite, la transazione tra medico e paziente appare quindi di tipo consumistico ed il ruolo del medico diviene quello di un consulente-tecnico. Il prototipo di relazione tra medico e paziente riconducibile a tale modello può essere riscontrato più facilmente soprattutto nella medicina di base ma è tuttavia emerso anche dalle interviste del nostro studio; si tratta di un nuovo genere di rapporto che secondo alcuni sta sopravanzando e che sta conducendo spesso alla pratica di una medicina difensiva, interlocutrice di pazienti informati (7 medici su 20, 16 citazioni),

“I pazienti arrivano con la pagina di giornale... anche in questo caso più i famigliari che i pazienti.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Navigano su internet, pensano di guardare la televisione, pensano di capire... sono quelli più difficili da... Sono, non dico ostili, alcuni sono anche ostili, ma comunque diffidenti, perché vedono nella sanità generale, in quella pubblica in particolare, e anche nel dottore, qualcuno che comunque farà un errore e loro ci rimetteranno.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

interlocutrice di pazienti attivi e autonomi (6 medici su 20, 8 citazioni),

“Veramente l’attivismo HIV ha cambiato la relazione medico-paziente in generale nella medicina. Ti rendi conto che se parli con un diabetologo, se parli con un cardiologo oggi dicono: “Quando facciamo un trial di ricerca ci sono rappresentanti di categorie di malati, li invitiamo eccetera..”? Ma questo è nato per l’HIV, perché prima non c’era niente, sono stati i movimenti attivisti degli anni Ottanta e Novanta negli Stati Uniti che hanno fatto sì che i ricercatori e i pazienti sedessero allo stesso tavolo, capito?” (Medico 16 – M, 41 anni, malattie infettive)

pazienti che diventano sempre più esigenti, fino ad essere vissuti come opprimenti (11 medici su 20, 20 citazioni).

“Le aspettative dei pazienti sono massime. Loro vorrebbero tutto sostanzialmente. Loro si aspettano che tu li curi e nello stesso tempo li assisti anche psicologicamente.” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

“Quelli che non hanno piena fiducia hanno delle aspettative sbagliate, perché pensano di conoscere e invece sono i peggiori perché non sanno proprio niente, anzi gli equivoci sono all’ordine del giorno e tu devi spiegare continuamente i motivi del tuo operato... e invece sono persone che non sono libere mentalmente per capire quello che gli stai spiegando.” (Medico 8 – M, 42 anni, cardiologia)

“C’è piuttosto la sensazione del “Mi spetta, ho diritto, mi deve”. Soprattutto nei pazienti che vengono da fuori, con quelli che vengono da giù (dal sud del Paese, NdR) è un delirio, perché paradossalmente è gente che nel loro paese, nei loro ospedali, è presa a calci in faccia, è costretta a pagare tutto sotto banco, dalle visite alle medicazioni e non dicono niente, non si lamentano, e arrivano qua con delle motivazioni assurde, pretendendo di essere curati subito, nel modo migliore, passando davanti a tutti, facendo tutto a carico del sistema sanitario, in tempi brevi e nel modo più irrazionale possibile... Con questi ci devi litigare per forza, perché comunque vedi la malafede in queste persone...” (Medico 19 – F, 33 anni, chirurgia della mano)

La motivazione della scelta professionale per questo prototipo medico può essere principalmente la pratica tecnica delle manovre professionali a cui il suo intervento è limitato (5 medici su 20, 16 citazioni).

“Curare le persone significa avere la possibilità di offrire una soluzione ad un problema non risolvibile altrimenti.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

“Io mi pongo...Faccio un paragone: io devo essere un “buon idraulico” che non sbaglia, prima di tutto, quello che fa sui tubi. E’ chiaro che per decidere occorre fare un preventivo, bisogna andare sul posto dove si lavora.” (Medico 3 – M, 51 anni, nefrologia)

Proprio in questo limite si può ravvedere il senso di impotenza e l’autosvalutazione del medico che viene indicata da 10 dei 20 medici intervistati (39 citazioni)

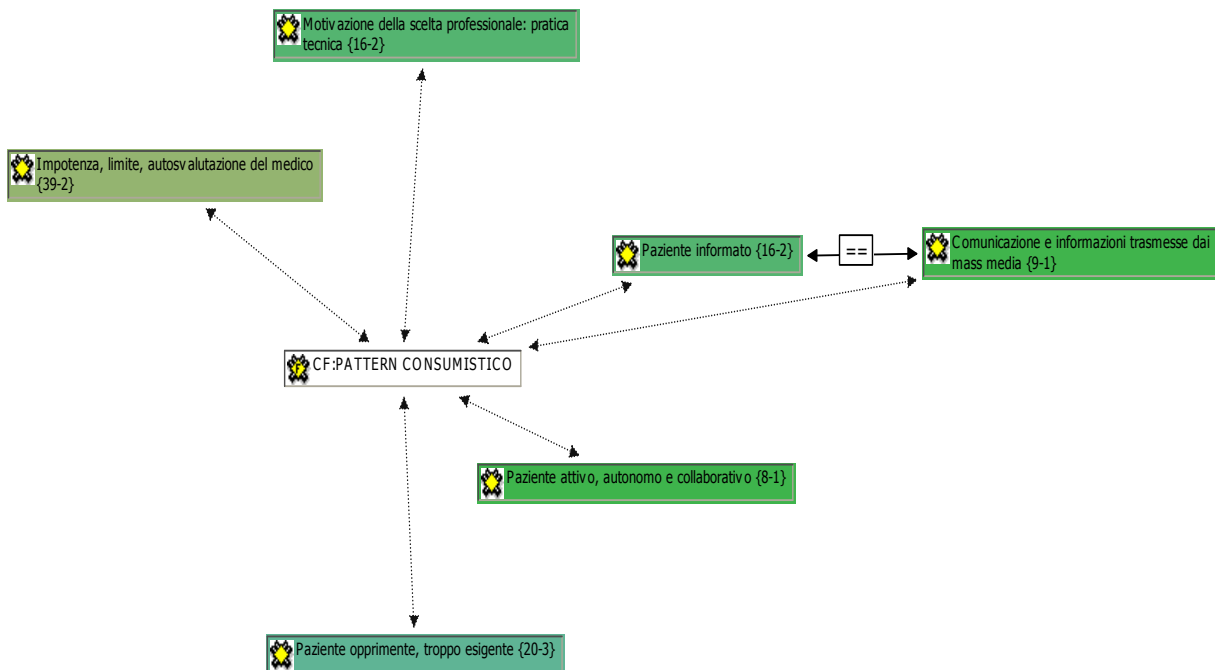
“La cosa che purtroppo molti pazienti fanno di fronte a certi percorsi un po’ impegnativi, che implicano un impegno per le terapie, è quella di dire in prima istanza di no, mi rifiuto, è troppo pesante, non mi presento e quindi scappo, vado da un altro. Questa è la cosa che di frequente succede e contro la quale il medico non può fare nulla.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

“Nella mia testa sono preparata al fallimento, cioè lo so che il mio non è un mestiere che può dare sempre grossi risultati.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Infine il paziente informato di questa fattispecie di prototipo relazionale si avvale moltissimo della comunicazione e delle informazioni trasmesse dai *mass media* (5 medici su 20, 9 citazioni)

“Io credo che i mass media a volte creino nei pazienti delle false aspettative, sia in termini di terapie, di possibilità terapeutiche, che diagnostiche. Ogni tanto sentiamo notizie sui telegiornali: “Scoperto il gene del tumore tal dei tali”. Scoperto il gene vuole dire che ci vogliono dieci anni perché la terapia, se mai verrà messo a punto, sia disponibile” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

Figura 11. Rappresentazione del prototipo di relazione “consumerism”



Soprattutto per i medici che si occupano di pazienti cronici (che condividono con i medici di medicina generale il fatto di seguire anche per molti anni i loro pazienti) il fatto che il paziente divenga sempre più esperto e informato circa la propria patologia e il trattamento a cui è sottoposto fa sì che il potere pian piano si riequilibri e che dal paziente giunga un numero sempre maggiore di richieste percepite e vissute spesso come “richieste di prestazioni tecniche” dalle quali il medico sembra non potersi esimere.

Mutualità

Nel terzo modello, quello della “mutualità”, il potere è bilanciato, il colloquio è il veicolo attraverso il quale *agenda* e scopi vengono negoziati da medico e paziente e i valori del paziente vengono esplicitamente articolati ed esplorati. È attraverso questo processo che il medico diventa un “consigliere” che tiene conto delle necessità e delle preferenze del paziente senza abdicare al proprio ruolo di guida, in ultima istanza di “terapeuta”, e che consente al paziente di partecipare al proprio processo di cura.

Al centro della rappresentazione di questo genere di relazione vi è l’ascolto da parte del medico, ascolto che è considerato fondamentale nella relazione e nella cura da 8 dei 20 medici interpellati (66 citazioni).

“Il “prendersi cura” è un discorso un po’ più complicato. Perché prendersi cura vuol dire ascoltare...”
(Medico 4 – M, 53 anni, medicina palliativa)

“Però credo che, tutto sommato, se il medico si mette nell’ordine di idee di raccogliere veramente un consenso informato e si mette nell’ordine di idee di perdere quella mezzora, tre quarti d’ora, un’ora, di cui ha bisogno per chiarire effettivamente le cose con il paziente, poi alla fine la possibilità di creare un buon rapporto con il paziente c’è.” (Medico 17 – F, 46 anni, chirurgia generale)

In questo modello, che possiamo pensare rappresentativo della “*Medicina patient centred*”, il paziente risulta molto più “presente” che negli altri modelli di relazione. Il paziente è visto qui come bisognoso di vicinanza ascolto e comunicazione da 16 medici (39 citazioni).

“Il problema è quello di rendersi conto che sono persone in ansia, e allora cacciare via le persone perché uno ha delle altre cose da fare non risponde a quella che è l’importanza del rapporto umano.”
(Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

“Il paziente quando viene da te non ha solo l’angoscia della malattia, la paura che la malattia sia incurabile e via dicendo, ma si porta dietro poi tutti i suoi problemi familiari, il posto di lavoro che rischia di perdere, la moglie sola a casa che non può badare a se stessa e ci sono tutta questa serie di problematiche...” (Medico 10 – M, 54 anni, pneumologia)

Il paziente è visto inoltre nella sua interezza (2 medici su 20, 8 citazioni), ne vengono colti i molteplici bisogni e valori.

“Sostanzialmente la cosa di cui io ho sempre sentito l’esigenza era conoscere il malato come persona e quindi conoscerlo dal punto di vista della sua malattia, ma conoscerlo nel suo contesto e quindi cercare anche di capire come il mio strumento tecnico potesse, in un certo senso, permeare, andare a fare degli interventi sia nell’ambito della prevenzione, sia nell’ambito della cura nel contesto socio-abitativo, socioculturale del paziente che seguivo.” (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

Il paziente è anche informato (7 medici, 16 citazioni), attivo e collaborativo (6 medici, 8 citazioni) e partecipa alle decisioni relative ai trattamenti insieme al proprio medico.

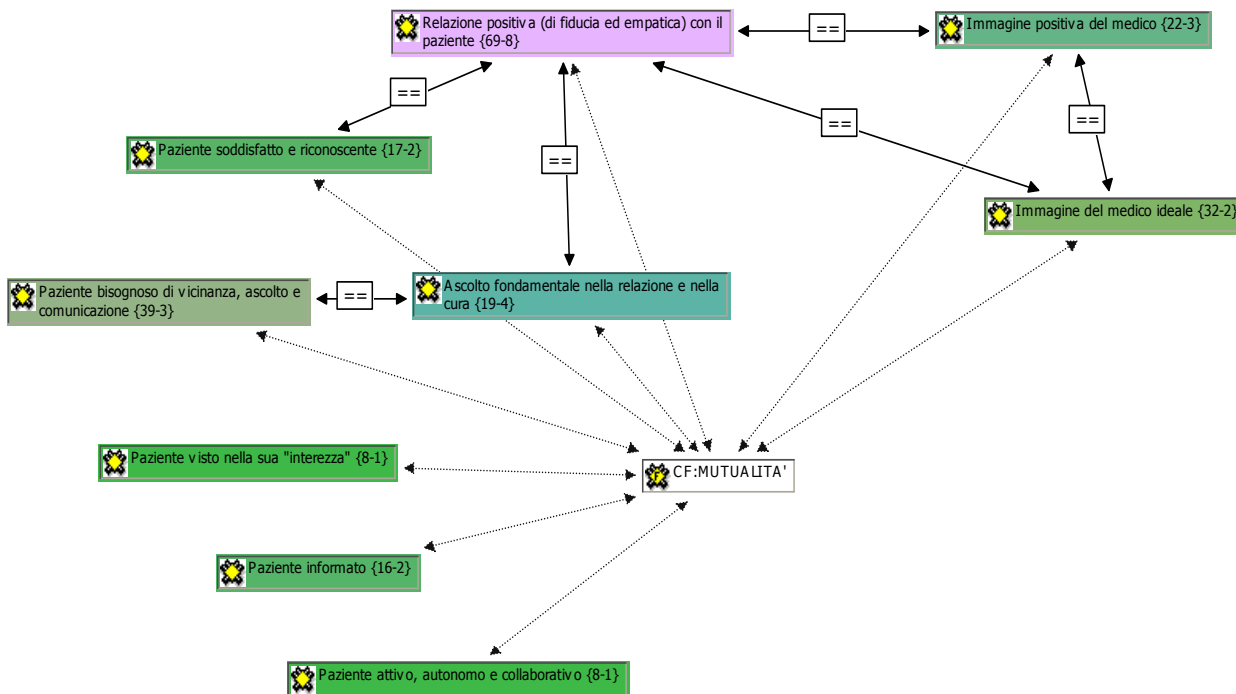
“Il fatto che ci siano questi progressi e che i pazienti sappiano di più sicuramente cambia le cose però

l'estremo c'è in pochi casi... Si discute, si chiede, si chiacchiera, questo sicuramente... ed è anche giusto e costruttivo che sia così, è quando si arriva all'estremo che si inficia il rapporto..." (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

"I messaggi devono essere capiti e accolti dal paziente: è lui che decide se prendere la terapia, se vuole fare gli esami e se vuole cambiare lo stile di vita." (Medico 3 – M, 51 anni, nefrologia)

"Ci sono malati che potrebbero guarire anche senza il nostro aiuto, trovano strategie migliori di quelle che gli proporremo noi." (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

Figura 12. Rappresentazione del prototipo di relazione "mutualità"



A questo genere di relazione si associa, per 9 dei medici intervistati, la soddisfazione del paziente (17 citazioni).

"Il ritorno in termini di riconoscenza c'è e penso che paghi molto di più di uno stipendio in busta paga, perché in effetti avere la gratificazione e la sottolineatura che molto spontaneamente i pazienti fanno, mi gratifica molto di più." (Medico 2 – F, 35 anni, geriatria)

"Lo danno un po' per scontato che tu li curi bene, se tu parli con loro, comunichi con loro sono già contenti; l'altra parte non sono sempre in grado di valutarla tecnicamente." (Medico 7 – M, 48 anni, ematologia)

Si tratta di una relazione positiva sia per il medico che per il paziente (18 medici, 69 citazioni).

"In questi ultimi anni, lavorando soprattutto nell'ambulatorio del dolore eccetera, mi sono resa conto che è molto utile effettivamente anche quanta fiducia il paziente ha in te, quanta speranza ha di poter

guarire, qual è il suo livello culturale, qual è il tipo di famiglia che ha.” (Medico 20 – F, 45 anni, riabilitazione)

L'immagine del medico che viene da associare a questo genere di relazione è positiva per 9 medici su 20 (22 citazioni).

“I due aspetti sono ovviamente inscindibili... Cioè l'aspetto tecnico, del sintomo, del malessere fisico, che pure è importante curare, è ovviamente inscindibile dall'aspetto del benessere o malessere psicologico, ma anche esistenziale di una persona. Quindi qualunque intervento che si focalizzi esclusivamente su uno dei due aspetti è un intervento "monco". Dopo di che esistono situazioni in cui il problema prevalente è l'uno o l'altro e ognuno ha strumenti prevalenti sull'uno o sull'altro aspetto. Nel senso che io non posso fare lo psicologo perché non ho le competenze, però almeno la consapevolezza, che il problema è un problema bifronte e che uno fa un intervento su uno ma non deve dimenticare l'altro, ci deve essere.” (Medico 5 – M, 60 anni, chirurgia dei trapianti)

Si tratta di un'immagine vicina a quella del medico ideale (12 medici su 20, 32 citazioni).

“Il medico deve essere una persona che accoglie l'altro e che cerca di valutare e capire le esigenze dell'altro non sempre solo di tipo medico, o strettamente specialistico o strettamente legate ad una particolare patologia sottostante.” (Medico 1 – F, 32 anni, oncologia)

“Secondo me se uno vuole intraprendere il percorso di medicina, gli deve piacere fare questo mestiere, fare il medico.” (Medico 12 – M, 46 anni, chirurgia maxillo-facciale)

Da un'analisi delle frequenze delle citazioni del nostro gruppo di medici emerge che questo modello di relazione è soprattutto espresso dai medici che si occupano di cronicità (solo due codici sono espressi prevalentemente dai medici che si occupano di acuzie).

Il quarto modello che teoricamente andrebbe considerato, quello in cui sia il medico che il paziente hanno basso potere e che Roter definisce “Default”, è appunto un modello teorico difficilmente riscontrabile nelle realtà della medicina praticata. Roter stessa tende a non approfondire le caratteristiche del modello che anche noi non prendiamo qui in considerazione.

Anche se l'indagine degli stili relazionali non rientrava precisamente negli obiettivi dello studio (che aveva invece uno scopo eminentemente esplorativo), è interessante osservare come dalle interviste, dalle parole dei medici possano essere rintracciati quelli che i teorici hanno delineato come prototipi teorici di relazione tra medico e paziente (Roter, 2000) e che sembrano essere riscontrabili e riscontrati nelle rappresentazioni dei medici operanti nel contesto del nostro studio.

3.4.6 Discussione

Attraverso l'analisi delle venti interviste somministrate ad altrettanti specialisti dell'ospedale universitario che ha fatto da contesto per la nostra ricerca sono emerse le rappresentazioni che i medici hanno del rapporto tra medico e paziente ed in particolare della comunicazione tra di essi.

Il nostro principale obiettivo era infatti comprendere il contesto rappresentazionale che fa da sfondo alle visite mediche "reali" attraverso l'analisi delle dimensioni componenti tali rappresentazioni e della loro articolazione.

Ciò che è emerso dall'analisi delle interviste è che tale rappresentazione risulta prima di tutto estremamente complessa e per nulla univoca. Essa è caratterizzata, al contrario, da una molteplicità di caratteristiche, aspetti peculiari e di protagonisti: innanzitutto il *medico*, rappresentato ancora una volta in modo non univoco ma, al contrario, in modo ambivalente tra ideale e realtà, tra positività della specificità professionale e limiti dell'azione concreta; vi è poi il *paziente*, visto come interlocutore importante, colui per cui si è scelta la propria professione, descritto come bisognoso di ascolto e considerazione, un soggetto verso il quale si desidera essere disponibili le cui richieste, tuttavia, rischiano talvolta di venir percepite dai medici come eccessive, se non addirittura opprimenti; vi è infine la *relazione* con i pazienti, descritta sia come positiva che come negativa, a seconda degli aspetti di volta in volta considerati, ma comunque in transizione: i cambiamenti che si stanno realizzando nella medicina e nella società stanno modificando, secondo i medici intervistati, la relazione con i pazienti a discapito della comunicazione alla quale i medici stessi non sentono di essere sufficientemente formati.

E' proprio questa transizione ad essere al centro delle osservazioni compiute dai sociologi che si occupano di medicina e di relazione tra medico e paziente (Shorter, 1986, Roter, 2000; Moja e Vegni, 2000; Cavicchi, 2004; Manghi e Tomelleri, 2004). Anche i medici coinvolti nel nostro studio sembrano sottolineare con convinzione i profondi mutamenti in corso nella medicina e soprattutto il nesso tra evoluzione tecnologica e scientifica e spersonalizzazione della relazione tra medico e paziente (ne hanno parlato la quasi totalità degli intervistati, 17, tanto che si è trattato di uno dei temi più citati dai medici nel corso delle interviste, 77 citazioni). E' come se i medici imputassero agli importanti mutamenti "storici", "scientifici" – in definitiva "culturali", e dunque molto più grandi e influenti di quanto non possano essere loro stessi in quanto professionisti – le carenze che essi stessi intravedono nella relazione interpersonale e nella comunicazione quotidiana con i loro pazienti.

Come abbiamo detto, la rappresentazione della medicina e della pratica della medicina – con i conseguenti ruoli diversi riservati al medico, al paziente, alla malattia e alla relazione – non è risultata univoca: dalle interviste sono emerse in particolare due principali rappresentazioni che possiamo pensare come radicate in due modelli culturali ben consolidati e ampiamente descritti in letteratura, il modello biomedico e il modello biopsicosociale (Engel, 1977).

In particolare è stato possibile rintracciare molto chiaramente sia il tipo di medico che pone al centro del proprio operare la malattia, il sapere che la riguarda, le cure che la malattia stessa rende necessarie (il medico *disease centred* che si rifà al modello biomedico di medicina), sia una rappresentazione di medico (che possiamo pensare alternativo al precedente o comunque ad esso complementare) che pone al centro della propria azione il paziente come persona (il medico *patient centred*, ispirato al modello di medicina cosiddetto biopsicosociale) (Moja e Vegni, 2000).

Questa articolazione di quanto emerso dalle dichiarazioni dei medici intervistati sembra rendere conto, almeno in parte, della complessità rilevata nelle interviste. Non si tratterebbe tanto di ambivalenza o di conflitti interni a professionisti che esercitano una professione estremamente complessa, che espone ad emozioni intense, che comporta spesso l'assunzione di importanti responsabilità, quanto l'emergere di differenti modalità di intendere la professione (e prima ancora la medicina stessa in quanto scienza). Una simile differenziazione nelle rappresentazioni era attesa e anzi si era scelto di mantenere una certa eterogeneità nel gruppo degli intervistati proprio per consentire l'emergere del più ampio, vario e rappresentativo possibile numero di concezioni della medicina e della pratica della medicina.

Le due rappresentazioni che sono emerse più chiaramente sono dunque da una parte l'immagine di un medico impegnato nella lotta contro la malattia, uno scienziato, interessato a far progredire la medicina in quanto scienza e che quindi dà molta importanza allo studio e alla conoscenza, e dall'altra l'immagine di un medico che mette al centro la persona, sia quella del paziente che quella del medico il quale, oltre all'aspetto tecnico/scientifico, mette in gioco anche le proprie caratteristiche personali e la propria vita e che, anzi, utilizza il proprio "personale" per praticare nel modo che ritiene più adeguato la propria professione.

Il paziente viene ad assumere, nei due modelli, ruoli estremamente diversi: nella concezione della medicina centrata sulla malattia egli non ha un ruolo rilevante, è quasi accidentalmente il "portatore" della patologia, meglio se passivamente affidato alle cure del medico o asetticamente informato a proposito del "*disease*" e del "*treatment*"; nel modello *patient centred* il paziente entra nella rappresentazione con le sue caratteristiche ed i suoi bisogni e

centrale diviene pertanto la relazione con lui: la scienza è al servizio della cura del paziente (mentre nell'altro modello era il paziente ad essere portatore di malattia, quasi al servizio della scienza e del suo progresso).

Queste due concezioni della medicina e le rappresentazioni della relazione con il paziente che ne derivano sembrano differenziare tra loro sotto-gruppi diversi di medici, sembrano cioè legate a caratteristiche personali (quali ad esempio il genere), curriculari (anzianità di servizio) e professionali (specialità praticata, genere di casi trattati nel proprio contesto operativo).

Tra i nostri 20 intervistati i maschi, ad esempio, tendono a rappresentare la medicina e la pratica della medicina in un modo che si avvicina a quello della medicina centrata sulla malattia mostrando di valorizzare l'aspetto scientifico ed ideale della professione. Le femmine invece appaiono più concrete nella loro rappresentazione, esse utilizzano in maniera più significativa le loro caratteristiche ed esperienze personali così come tendono a valorizzare di più caratteristiche ed esperienze personali sia dei pazienti che dei colleghi (sembrano dunque rappresentare la loro professione in un modo che appare più simile al modello *patient centred*).

Le donne sembrano in questo più vicine al gruppo dei medici che si occupano di patologie croniche: questi curano giorno dopo giorno pazienti con i quali arrivano ad instaurare relazioni durature e molto intense e rappresentano una medicina ed un rapporto medico-paziente molto vicino al modello *patient centred*. Viceversa i medici che si occupano di patologie acute sembrano avere riferimenti diversi, la velocità di somministrazione delle cure e la conseguente brevità delle relazioni sembra favorire una rappresentazione più vicina a quella dei medici maschi e a quella della medicina centrata sulla malattia.

I medici più giovani sembrano sopperire alla mancanza di esperienza mettendo in campo le loro motivazioni e caratteristiche personali anche se ciò sembra esporli particolarmente allo stress e alle difficoltà legate alla relazione con i pazienti e con i loro familiari. I medici con maggiore anzianità sembrano mostrare più dimestichezza e sicurezza, appaiono meno auto-centrati e auto-referenziali, si riferiscono più frequentemente al paziente e ai suoi bisogni, così come ai colleghi, agli infermieri e ai familiari, sottolineano inoltre l'importanza dello studio pensando probabilmente anche ai loro giovani colleghi in formazione a cui toccherà in sorte, affermano, una medicina molto cambiata e sempre più difficile.

Questi due modelli di medicina e di pratica della medicina orientano anche le scelte ed i comportamenti dei medici nonché le loro concrete relazioni con i pazienti. Tali modelli

determinano gli obiettivi delle consultazioni mediche e contribuiscono a definire ciò che ci si attende che avvenga durante l'incontro tra medico e paziente. Anche nelle citazioni dei medici coinvolti nel nostro studio è stato possibile rintracciare quelli che i teorici hanno delineato come prototipi teorici di relazione tra medico e paziente (Roter, 2000) e che descrivono peculiari modalità di definizione degli obiettivi della visita e di considerazione delle aspettative reciproche di medico e paziente. In particolare, il prototipo relazionale cosiddetto "paternalistico" sembra essere presente soprattutto nelle parole dei medici più anziani, che con più facilità assumono su di sé la responsabilità della guida e del consiglio al paziente che si affida loro completamente. Il prototipo della "mutualità" sembra emergere più chiaramente dalle conversazioni dei medici che si occupano di cronicità, questi sono portati dalla natura della patologia che trattano e dei pazienti che incontrano a cercare di negoziare e di condividere gli obiettivi dei trattamenti partendo da ciò che è importante per il paziente, oltre che per il medico, il quale è chiamato a prendere parte attivamente alla propria cura. Infine, anche il prototipo di relazione definito "*consumerism*" può essere rintracciato nelle rappresentazioni dei medici del nostro studio, esso emerge in particolare da alcuni medici che si occupano di cronicità i cui pazienti – come accade frequentemente nel caso dei pazienti cronici – sono estremamente "esperti" della loro patologia, dei sintomi che la rivelano e dei trattamenti praticabili per contenerla e tendono a rapportarsi talvolta con il medico con l'atteggiamento di un "esperto della malattia", chiedendo e pretendendo prestazioni ad un medico che diviene così un mero "consulente".

In tutto questo complesso quadro la comunicazione, oggetto centrale della nostra indagine, è concepita come un processo assolutamente trasversale, essa riguarda infatti e coinvolge ogni aspetto della pratica della medicina: riguarda la malattia e i trattamenti, le emozioni del paziente e i suoi bisogni, è utilizzata per gestire la famiglia del paziente ed è considerata importante per poter collaborare con i colleghi.

Il fatto che tra le categorie tematiche emerse dall'analisi delle interviste la comunicazione sia la categoria con la minore frequenza può forse essere interpretato come segno della poca dimestichezza che i medici hanno con questo argomento e in generale con le attitudini necessarie per comunicare in modo professionale e competente con il paziente e con i suoi familiari. Sono gli stessi medici a dichiarare che i temi della relazione e della comunicazione sono troppo poco trattati nel corso della loro formazione professionale e che verso questo genere di aspetti della professione essi si sentono troppo spesso inadeguati e insicuri. Sono infatti molte le difficoltà e le problematicità riguardanti la comunicazione con il paziente che i medici non hanno avuto timore di dichiarare nel corso delle interviste. Da più intervistati

proviene infine la sottolineatura della necessità di una più ampia e approfondita formazione professionale dedicata ai temi della relazione interpersonale e della comunicazione.

CONCLUSIONI

Dai risultati di questa ricerca, per quanto limitata nel numero dei soggetti coinvolti e per quanto, soprattutto, “situata”, possiamo dire che risulta confermata la nostra idea iniziale circa la centralità della visita medica quale momento cardine nella costruzione della relazione tra medico e paziente. Relazione di cui abbiamo potuto rilevare, tramite l’osservazione diretta di visite mediche reali, l’asimmetria, la forte connotazione in senso emotivo (dati i particolari contenuti degli incontri) nonché alcune specifiche dinamiche comunicative. Sono tali dinamiche, quello che abbiamo osservato avvenire nel “qui e ora” dell’incontro, a dare forma alla relazione che si crea in quel momento tra “quel” medico e “quel” paziente. Inoltre abbiamo potuto osservare che tale forma tende a perpetuarsi nel tempo tramite il consolidarsi di dinamiche relazionali che non possono che realizzarsi per mezzo dell’interazione tra il medico e il paziente e soprattutto attraverso la comunicazione.

L’intento eminentemente esplorativo dello studio non prevede che possiamo a questo punto fornire una risposta definitiva agli interrogativi che ci eravamo posti. Esso ci consente, più adeguatamente, di disegnare un quadro generale del ruolo della comunicazione nella relazione tra medico e paziente in un contesto specialistico (e non attinente alla più studiata medicina generale), italiano (piuttosto che i consueti contesti statunitensi o nord europei), studiato mediante metodi e strumenti più innovativi (o comunque più approfonditi) rispetto ai metodi e agli strumenti solitamente impiegati nello studio di questo specifico argomento.

I risultati emersi sono numerosi. Molti di essi sono coerenti con le riflessioni teoriche e con i risultati di ricerca riscontrati in letteratura. Altri erano invece meno attesi.

Vorremmo innanzitutto ricordare che la relazione tra medico e paziente è risultata costituire un oggetto di studio complesso, non univoco. Questa complessità è stata innanzitutto osservata direttamente nelle visite (abbiamo infatti potuto rilevare tanti *pattern* relazionali quante sono le coppie medico-paziente coinvolte nello studio) ed è stata riscontrata anche

nelle rappresentazioni dei medici che attraverso le interviste hanno fornito l'immagine di una medicina e di un medico caratterizzati da molteplici caratteristiche, talvolta anche in contraddizione tra loro o comunque in un complesso rapporto reciproco.

La complessità rilevata tende ad aumentare quanto più l'analisi si avvicina alla messa a fuoco degli aspetti dinamici della relazione (analisi qualitativa) piuttosto che degli aspetti descrittivi o strutturali (rilevati con il RIAS).

Una seconda precisazione riguarda il fatto che il tipo di relazione che si instaura tra medico e paziente appare molto più legata di quanto ci aspettassimo alle specificità del contesto, con particolare riferimento alle caratteristiche della specialità considerata. Più che allo stile del medico o alle caratteristiche del paziente il tipo di relazione sembra infatti essere connessa a variabili quali gli obiettivi della visita, oppure, ancora, all'organizzazione che da tali obiettivi deriva, alla fase del percorso di cura nella quale medico e paziente si incontrano.

L'analisi delle visite videoregistrate condotta attraverso il RIAS ha in particolare evidenziato come la specialità praticata dai diversi medici incida sia sulla durata delle visite, sia sulle caratteristiche dei pattern comunicativi in essa emergenti. Gli scambi comunicativi "orientati al compito" (ad esempio chiedere e offrire informazioni di carattere biomedico) e "socioemotivi" (finalizzati alla considerazione degli aspetti emotivi del paziente e alla creazione di una relazione con lui) differiscono notevolmente nelle tre specialità considerate soprattutto in connessione con la specificità degli obiettivi della visita: i temi di carattere biomedico sono più trattati quando lo scopo della visita è ottenere la piena collaborazione del paziente e la sua completa aderenza (come avviene nel caso di patologie croniche). La discussione di questo genere di argomenti sembra diminuire mano a mano che diminuisce il bisogno di collaborazione da parte del paziente fino al suo affidarsi completamente "nelle mani" del medico (come avviene nel caso della chirurgia). Nell'ambito di ogni singola specialità cambia anche il modo di gestire la comunicazione nel tempo: passando dalla prima visita, alla seconda, alla visita di *follow-up* il cardiologo diminuisce progressivamente i propri interventi biomedici per lasciare più spazio agli scambi riferiti al rapporto interpersonale stabilendo, nel corso delle visite, un dialogo con il paziente nel quale questi fornisce non solo informazioni sul proprio stato di salute oggettivo, ma anche informazioni personali riguardanti il modo soggettivo di vivere la malattia. L'oncologo, al contrario, tende ad occuparsi da subito anche degli aspetti socioemotivi legati alla reazione psicologica alla diagnosi e alle terapie, ma rapidamente incrementa con il passare del tempo gli interventi

biomedici riguardanti la terapia e i suoi effetti. Il chirurgo, infine, utilizza il primo incontro per condividere con il paziente il maggior numero di informazioni (soprattutto biomediche) per poi lasciar loro, successivamente, il minimo spazio a beneficio, invece, degli aspetti socioemotivi della relazione, soprattutto (presumiamo) della rassicurazione circa l'imminente intervento o circa il buon esito dell'intervento stesso.

Oltre che dall'analisi compiuta con il RIAS queste differenze sono emerse anche dall'analisi quantitativa che ha evidenziato, ad esempio, una prevalenza nei casi dell'oncologia di *pattern* relazionali orientati alla gestione degli aspetti socio-emotivi ed una prevalenza di conversazioni riguardanti il *disease* nei casi della cardiologia, conversazioni che si strutturano attorno al bisogno di ottenere innanzitutto aderenza da parte del paziente. Il caso della chirurgia presenta caratteristiche del tutto particolari: lo stile del medico è scherzoso e a tratti confidenziale, egli discute con i pazienti circa le loro vicende personali (la loro professione, l'età dei nipoti) ma mai in connessione con la malattia. Quello del chirurgo sembra piuttosto un modo per sviare l'attenzione del paziente dalla tensione dell'intervento, si tratterebbe pertanto di un intervento non finalizzato al coinvolgimento del paziente e all'indagine del suo vissuto. Ancora una volta la strategia comunicativo/relazionale appare connessa pertanto con gli obiettivi della visita più che con lo stile del medico.

Potrebbero invece essere altre le variabili coinvolte nel processo di costruzione della relazione? Qual è il ruolo dello stile personale del medico? La posizione di molti medici, emersa dall'analisi delle interviste, ad esempio, è che lo stile della relazione sia attribuibile in gran parte alla "sensibilità" del medico o ad altre caratteristiche personali più che agli scopi della visita: come interagiscono queste due variabili?

Un'osservazione molto importante è quella che deriva dal confronto tra i due metodi con cui sono state analizzate le visite mediche e che hanno dimostrato di poter rilevare aspetti diversi della comunicazione e della relazione tra medico e paziente. In modo "controintuitivo" (o meglio, non corrispondente alle nostre ipotesi) il RIAS ha mostrato una fondamentale "*patient centredness*" del chirurgo espressa dai suoi numerosi interventi di carattere "socioemotivo". Solo con un'analisi in grado di rilevare il significato e la dinamica della comunicazione è stato possibile notare che quei comportamenti classificati come socioemotivi sono in realtà utilizzati entro una relazione "*disease centred*" e paternalistica e anzi servono a costruire proprio quel genere di relazione. Abbiamo potuto notare, infine, che le cose stanno in un modo che è ancora più complesso (in un modo non rilevabile dal RIAS): il paternalismo del medico risulta "*responsive*" rispetto alle richieste e alle esigenze dei pazienti che sembrano

necessitare proprio del contenimento emotivo e della guida che il medico, con il suo stile, offre. Da queste considerazioni emerge il quadro, tra l'altro, di una sostanziale "neutralità" dei due modelli di medicina e dei due stili relazionali i quali possono essere, a seconda della situazione e del contesto, allo stesso modo adeguati o inadeguati, utili o dannosi, e che invece è importante possano essere utilizzati dal medico in modo consapevole e intenzionale per poter gestire con flessibilità le relazioni con i pazienti nelle più varie situazioni e contesti.

Un'altra caratteristica della relazione emersa molto chiaramente in ognuna delle fasi della ricerca è l'asimmetria nella relazione tra medico e paziente, asimmetria di potere soprattutto, di ruolo del medico e del paziente. Tale asimmetria è emersa dall'analisi condotta con il RIAS secondo cui il contributo di medico e paziente alla conversazione è stabilmente molto diverso: le affermazioni del medico sono infatti sempre più numerose rispetto a quelle del paziente. Questo avviene in tutte e tre le specialità e in tutte e tre le visite. Nelle visite il medico parla molto più del paziente e parla soprattutto degli aspetti legati alla diagnosi e alla prescrizione farmacologica. Il paziente fornisce un contributo minore durante l'incontro e tale contributo riguarda soprattutto il modo in cui egli interpreta personalmente la malattia, le sue preoccupazioni e aspettative e quindi la dimensione soggettiva della malattia. In questo risultato è ravvisabile in modo molto chiaro la "centratura sul medico" delle visite, di tutte le visite, e la natura asimmetrica della relazione tra il medico ed il paziente (con lo sbilanciamento a favore del medico che mostra di avere più potere sulla relazione rispetto al paziente).

Dall'analisi qualitativa è emersa la prevalenza di relazioni medico-paziente improntate al paternalismo in quanto soprattutto "guidate" dal medico che ne stabilisce scopi, modalità, ecc. Il dato assolutamente interessante (ancorché atteso perché coerente con le premesse teorico-epistemologiche dello studio) è che questa asimmetria è co-costruita dal medico e dal paziente in interazione. Dall'analisi qualitativa è stato possibile evidenziare infatti come siano talvolta i pazienti ad invitare il loro medico ad assumere il ruolo di "esperto" che decide per il paziente e che assume su di sé la responsabilità delle cure.

Il tema dell'asimmetria di potere/posizione è apparso inoltre problematico per i medici i quali, nelle interviste, tendono a riconoscerlo come dinamica esistente per poi gestirlo talvolta in modo ambivalente: essi invocano a livello teorico la necessità di tener conto del punto di vista della persona del paziente ma dall'altra giustificano e valorizzano in modo assoluto la posizione del medico quale "scienziato", quale "esperto", e dunque unico decisore in tema di

diagnosi e malattia, materia a proposito della quale il paziente è chiamato ad affidarsi al medico da una posizione di inferiorità o quanto meno di passività.

Anche questo aspetto (l'asimmetria della relazione) sembra essere dunque legato soprattutto agli obiettivi della visita più che allo stile del medico: il ricorso a *pattern* relazionali improntati a paternalismo, ad uno stile *disease centred*, aumenta quanto più aumenta il bisogno del paziente di essere protetto e guidato nel suo percorso di cura.

L'analisi che abbiamo condotto, soprattutto la nostra analisi qualitativa, ha consentito in particolare di individuare e comprendere gli specifici *pattern* comunicativi emergenti dalle visite e le loro principali caratteristiche (il primo obiettivo di questo studio). Abbiamo classificato questi *pattern* in base alla centralità assunta dal paziente e dunque in base al ruolo che medico e paziente vengono ad assumere nella cura. Abbiamo fatto riferimento in particolare alla *patient centredness* (Roter, 1992) ovvero al fatto che il medico ponga al centro della visita il paziente come persona, piuttosto che la sola dimensione biomedica della sua malattia, e che a questi dia spazio di espressione e di decisione.

Nel nostro studio abbiamo potuto osservare relazioni impostate sia in senso *patient centred* (con il paziente che detiene una parte del potere e che può confrontarsi quasi "alla pari" con il medico, ad esempio può negoziare con questi gli obiettivi ed il programma terapeutico che lo riguarda, può condividere i propri valori, idee, emozioni e farli valere, può in definitiva esprimersi e partecipare alle decisioni) ma anche relazioni *disease centred* in cui l'asimmetria di potere è più ampia (e dunque gli obiettivi sono individuati esclusivamente dal medico che dispone delle necessarie competenze scientifiche per presumere quali siano i valori, le idee, i vissuti del paziente, vissuti ai quali il medico si riferisce per decidere e agire).

Il modello relazionale osservabile nella visita medica è frutto di diverse variabili: sembra appartenere allo stile, o alla formazione, del singolo medico (con l'oncologo che utilizza uno stile improntato a *mutualità* ed il chirurgo che ha uno stile *paternalista*); esso sembra anche doversi adattare agli scopi specifici delle varie specialità (come si è detto, per contenere le ansie disorganizzanti del pre-intervento può rivelarsi più utile adottare uno stile direttivo, paternalistico, in fasi più avanzate dell'iter terapeutico, come nel caso dell'oncologia, c'è bisogno, e soprattutto c'è la possibilità, di lasciare più spazio all'espressione delle emozioni, alla presa di coscienza della situazione e alla conseguente partecipazione del paziente alla propria cura); infine sembra che il tipo di modello relazionale risulti dallo specifico incontro

del medico con ciascun paziente e sia pertanto costruito insieme al paziente in un gioco di riconoscimento reciproco e di riconoscimento del ruolo e del contributo dell'altro.

Questo livello di analisi rimane tuttavia soltanto “descrittivo” e non riesce a dire nulla circa l'effetto che comunicazione e relazione riescono infine ad avere sul paziente o sulla cura. Il fatto di essere *patient* o *disease centred* non è infatti positivo o negativo di per sé: esiste un'interazione con i bisogni del paziente (con le sue aspettative, con le sue caratteristiche personali) che fa sì che un tipo di comunicazione risulti “adeguato” o “rispondente” (*responsive*)? E' proprio questa interazione che l'analisi qualitativa che abbiamo compiuto consente di cogliere e che invece i metodi descrittivi/classificatori, per definizione statici, non possono cogliere.

Il concetto di *responsiveness*, accanto a quello di *patient centredness* ci è dunque sembrato interessante e utile per descrivere l'interazione che avviene tra medico e paziente (e quindi i processi che sono alla base della co-costruzione della relazione). Dalle nostre osservazioni a questo riguardo emerge che vi è interazione tra vari aspetti: prima di tutto è molto rilevante il contesto della visita (in particolare gli obiettivi della visita), è questo a definire, in parte, attese e vissuti degli attori a cui entrambi reagiscono e rispondono (questo è risultato molto evidente nel caso della chirurgia dove i pazienti che devono sottoporsi all'intervento sono risultati molto simili tra loro in termini di comportamento e di comunicazione con il medico). Anche lo stile personale del medico incide sul modo di procedere della relazione. Meno importanti sembrano essere invece le caratteristiche del paziente: forse proprio per la sua posizione di debolezza egli esprime poco i propri bisogni e incide meno direttamente sulla forma ed il procedere della relazione.

Il fatto di aver osservato le relazioni medico-paziente nel loro evolvere da una visita all'altra ha consentito di cogliere meglio proprio questa interazione e dunque la dinamica di co-costruzione della relazione.

Un'osservazione estremamente interessante che è occorso di effettuare è che già nei primi minuti dell'interazione tra medico e paziente sembra essere presente il tema relazionale che poi sarà riscontrato negli incontri successivi, come se il resto del tempo servisse per confermare la prima impressione e per replicare la prima interazione alla quale, forse, entrambi gli attori continuano a reagire.

Quello che sembra rilevante domandarsi è se i medici reagiscono soltanto (o principalmente) al paziente reale, quello che incontrano nella situazione concreta o se essi reagiscano anche (o solamente) all'idea che ne hanno.

E qui veniamo alle rappresentazioni dei medici indagate con le interviste. Non rientrava negli scopi del nostro studio connettere le rappresentazioni con il comportamento dei medici nelle situazioni reali. Il motivo per cui si sono ricostruite, tramite le interviste, le rappresentazioni che i medici hanno della medicina e della pratica della medicina era riuscire ad ottenere una descrizione dei sistemi di valori, credenze e attese che caratterizzano il contesto medico in cui abbiamo realizzato la ricerca.

Da questa ricostruzione emerge che in effetti i medici si avvicinano ai loro pazienti con un'idea complessa, a tratti ambivalente, del paziente, della loro professione, degli obiettivi della cura così come dei mezzi per praticare la medicina ivi inclusi la relazione e la comunicazione. In particolare sembra che i modelli di relazione con cui i medici si avvicinano ai pazienti siano identificabili con il modello della "medicina centrata sulla malattia" e di "medicina centrata sul paziente". Ancora più interessante è il fatto che il primo modello risulti maggiormente rappresentato dai medici maschi e da quelli che si occupano di patologie acute o di chirurgia mentre il modello di relazione centrato sul paziente è più tipico dei medici che si occupano di patologie croniche e dei medici donne.

Dal raffronto (indebito, abbiamo detto) con i risultati del primo studio emerge una coerenza interessante tra *pattern* relazionali e comunicativi dei medici che si occupano di patologie croniche (come, ad esempio, il cardiologo e soprattutto l'oncologo) o di patologie acute (il chirurgo) e le rappresentazioni emerse proprio dai loro colleghi di quelle stesse specialità. Possiamo solo ipotizzare che avere in mente un certo modello di medicina, una certa idea di quelle che sono le difficoltà, oltre che determinate motivazioni e obiettivi, influisca sul modo con cui, nella realtà, si risponde concretamente al paziente che si ha di fronte. Possiamo ipotizzare allo stesso modo che confrontarsi quotidianamente con pazienti e patologie che pongono determinate richieste e problemi influisca sul tipo di immagine che il medico si forma di quella che è la medicina, il paziente e della relazione con il paziente.

In ogni caso dai medici del nostro gruppo emerge una visione della professione che esprime posizioni anche critiche. Quando abbiamo osservato e analizzato le visite mediche reali abbiamo soprattutto intravisto l'impegno e la motivazione di ogni medico. Crediamo che molti medici risolvano sul piano della realtà, con un grande impegno personale, le difficoltà

(emerse molto chiaramente dalle interviste) che essi riscontrano sul piano generale (difficoltà organizzative, cambiamenti avvenuti nella medicina e nei pazienti); molti altri sembrano imputare ai mutamenti intervenuti nella società e nella medicina in quanto scienza le personali difficoltà di relazione e di comunicazione con i pazienti e con i loro familiari. A proposito della comunicazione, infine, sembra essere proprio questo l'ambito su cui i medici si sentono più impreparati e carenti, senza che tuttavia tale carenza giunga a costituire per loro un problema centrale: in fondo l'obiettivo del medico è curare la malattia, al massimo curare la persona, e la comunicazione è uno strumento dai più considerato utile ma non fondante il processo di cura, non situato sullo stesso piano delle conoscenze scientifiche o delle abilità tecniche.

A questa osservazione corrisponde, forse, ciò che abbiamo notato tramite l'analisi delle videoregistrazioni dove la comunicazione è, in effetti, lo strumento principale attraverso cui sono costruite le singole relazioni e che consente la realizzazione della cura ma che non sempre è utilizzata in maniera consapevole ed intenzionale dal medico.

Per riprendere i nostri iniziali interrogativi, nonché il nostro Patroclo, possiamo affermare che la funzione della comunicazione tra medico e paziente rispetto al processo di cura ha un ruolo fondamentale oggi come sempre. Lo abbiamo visto nei volti e nelle parole dei pazienti che abbiamo incontrato.

Essa è spesso considerata come elemento accessorio, specialismo tra gli specialismi (a volte delegata a psicologi o a infermieri) ma nonostante questo essa è ancora (lo è per definizione) fondamento (da molti misconosciuto) dell'incontro tra medico e paziente.

Infine vorremmo commentare brevemente le scelte di metodo, scelte che hanno caratterizzato fortemente il nostro studio che da subito abbiamo pensato dovesse essere qualitativo. La natura del fenomeno indagato, la comunicazione tra medico e paziente, è infatti un fenomeno complesso le cui dinamiche possono essere comprese solo tramite metodi e strumenti che ne consentano un'approfondita osservazione e analisi. Gli strumenti di analisi standardizzati, molto utilizzati nella ricerca, rischiano di "appiattare" notevolmente la realtà che viene osservata e di non consentire l'identificazione delle caratteristiche specifiche dei fenomeni studiati. Naturalmente anche la nostra scelta, come ogni scelta metodologica, ha dei limiti, limiti che nel nostro caso consistono nel fatto di avere condotto un tipo di analisi molto impegnativo e dispendioso nonché difficilmente replicabile proprio per la sua natura qualitativa, molto legata al contesto dello studio e molto legata alle competenze e sensibilità

del ricercatore. Abbiamo scelto di utilizzare *anche* un'analisi di natura più quantitativa con lo scopo di mantenere la possibilità, da una parte, di “dialogare” con gli studi realizzati in altri centri su questo tema e poter comprendere se vi siano analogie o differenze tra il nostro contesto ed il contesto altrui, ma soprattutto per osservare il nostro oggetto di studio, l'incontro tra medico e paziente, da più punti di vista, per coglierne aspetti differenti da, eventualmente, integrare. La complessità del fenomeno che abbiamo tentato di indagare si è tradotta cioè nella complessità del metodo di indagine utilizzato, complessità che ci è sembrata infine estremamente fruttuosa per tipo di risultati che ha consentito di ottenere e per interrogativi che ha, allo stesso modo, sollevato.

BIBLIOGRAFIA

Amaturo, E. (1993) *Messaggio, simbolo, comunicazione: introduzione all'analisi del contenuto*. Carocci Editore, Roma.

Bakhtin, M.M., Holquist, M., Emerson, C. (1986) *Speech genres and other late essays*. Austin: University of Texas Press.

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P. (2000) SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5 (4): 302-311.

Baile, W.F., Aaron, J. (2005) Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Current Opinion in Oncology*, 17: 331-335.

Bales, R.F. (1950) *Interaction process analysis*. Cambridge, Mass., Addison Wesley.

Balint, M. (1970) *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano.

Bateson, G. (1976) *Verso una ecologia della mente*. Adelphi, Milano.

Bavelas, J.B., Coates, L., Johnson, T. (2000) Listeners as co-narrators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 6, 941-952.

Beach, M.C., Roter, D.L., Wang, N.Y., Duggan, P.S., Cooper, L.A. (2006) Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counseling*, 62, 347-354.

Bensing, J.M., Debra, L., Roter, D.L., Hulsman, R.L. (2003) Communication pattern of primary care physicians in the United States and The Netherlands. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 335-342.

Benvenuti, P. (2000) *Psicologia e medicina. Problemi e prospettive*. Carocci Editore, Roma.

Brédart, A., Bouleuc, C., Dolbeault, S. (2005) Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17: 351-354.

Brown, J.B., Steward, M., Tessier, S. (1995) *Assessing communication between patients and doctors: a manual for scoring patient-centred communication*. CSFM Working Papers Series, August.

Butler, C., Rollnick, S., Stott, N. (1996) The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *CMAJ*, 154 (9): 1357-1362.

Butow, P.N., Dunn, S.M., Tattersall, M.H.N., Jones, Q.J. (1995) Computer-based interaction analyses of the cancer consultation. *British Journal of Cancer* 71, 1115-21.

Cavicchi, I. (2004) *Ripensare la medicina*. Bollati Boringhieri, Torino.

Cicognani, E. (2002) *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*. Carocci Editore. Roma.

Corbetta, P. (2003) *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Le tecniche qualitative (vol. 3)*. Il Mulino, Bologna.

Cronen, V. E., Johnson, K. M., Lannamann, J. W. (1982) Paradoxes, double binds, and reflexive loops: an alternative theoretical perspective, *Family Process*, 21 (1): 91-112.

Curtis, J.R., Wenrich, M.D., Carline, J.D., Shannon, S.E., Ambrozy, D.M., Ramsey, P.G. (2001) Understanding Physicians' skills at providing end-of-life care. Perspective of patients, families, and health care workers. *Journal of General Internal Medicine*, 16: 41-49.

Del Piccolo, L. (1998) L'interazione medico-paziente: sistemi di analisi a confronto. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 7 (1): 52-67.

Detmar, S.B., Muller, M.J., Wever, L.D.V., Schornagel, J.H., Aaronson, N.K. (2001) Patient-physician communication during outpatient palliative treatment visits. An observational study. *JAMA*, 285 (10): 1351-1357.

Deveugele, M., Derese, A., De Maeseneer, J. (2002) Is GP-patient communication related to their perceptions of illness severity, coping and social support? *Social science and Medicine*, 55, 1245-1253.

Dosanjh, S., Barnes, J., Bhandari, M. (2001) Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical Education*, 35 (3): 197-205.

Duggan, A.P., Parrott, R. (2001) Physicians' nonverbal rapport building and patients' talk about the subjective component of illness. *Human Communication Research*, 27 (2): 299-311.

Eagle, M.N. (2003) The postmodern turn in psychoanalysis. A critique. *Psychoanalytic Psychology*, 20, n. 3, 411-424.

Easter, D.W., Beach, W. (2004) Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions. *Current Surgery*, 61 (3): 313-318.

Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K., Finset, A. (2003) Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counselling*, 51: 259-266.

Emanuel, E.J., Emanuel, L.L. (1992) Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267: 2221-6.

Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model, a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Fallowfield, L., Jenkins, V. (2004) Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, 363: 312-319.

Fasulo, A. (2002) Studiare l'interazione sociale. Epistemologie e pratiche di ricerca. In: Mazzara, B.M. (a cura di) *Metodi qualitativi in psicologia sociale. Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Carocci Editore, Roma.

Feldman, S.R., Chen, G.J., Hu, J.Y., Fleischer, A.B. (2002) Effects of a systematic asymmetric discounting on physician-patient interactions: a theoretical framework to explain poor compliance with lifestyle counselling. *BMC Med Inform Decis Mak*, 2 (1): 8-16.

Ford, S., Fallowfield, L., Lewis, S. (1996) Doctor patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine*, 42, 1511-1519.

Friedson, E. (1970) *Professional Dominance*. Aldine Press, Chicago.

Fruggeri, L. (1993) Fare ricerca... nel paese delle meraviglie. *Connessioni*, 3, pp.8-19.

Fruggeri, L. (1997) *Famiglie. Dinamiche interpersonali e processi psicosociali*. Carocci Editore, Roma.

Fruggeri, L. (1998) Dal costruttivismo al costruzionismo sociale: implicazioni teoriche e terapeutiche. *Psicobiiettivo*, 18, n.1, 37-48.

Galimberti, C. (a cura di) (1992) *La conversazione. Prospettive sull'interazione psico-sociale*. Guerini e Associati Editore, Milano.

Galli, P. F. (2003) *L'aiuto nella relazione: pratica clinica e prospettive teoriche*. Relazione presentata al Convegno "La relazione d'aiuto: una speranza per il vivere quotidiano". Savona, 2-4 Ottobre 2003.

Gergen, K.J. (1991) *The saturated self*. Basic Books, New York.

Gergen, K.J. (1999) *An invitation to social construction*. Sage Publications, London.

Goss, C., Del Piccolo, L. (2003) Informare il malato. Strategie comunicative. *Recenti Progressi in Medicina*, 94 (9): 353-360.

Grassi, L., Giraldi, T., Messina, E.G., Magnani, K., Valle, E., Cartei, G. (2000) Physician attitudes to and problems with truth telling to cancer patients. *Supportive Care Cancer*, 8 (1): 40-45.

Graugaard, P.K., Holgersen, K., Eide, H., Finset, A. (2005) Changes in physician patient communication from initial to return visits: a prospective study in a haematology outpatient clinic. *Patient Education and Counseling*, 57, 22-29.

Gross, R., Brammli-Greenberg, S., Tabenkin, H., Benbassat, J. (2007) Primary care physicians' discussion of emotional distress and patient satisfaction. *International Journal Psychiatry Med.*, 37 (3): 331-345.

Guizzardi, G. (a cura di) *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*. Il Mulino, Bologna.

Harrè, R. (1980) *Social being*. Littlefield, Adams, Totowa, New Jersey.

Harrè, R. (1984) *Personal being*. Harvard University Press, Cambridge.

Heisler, M., Bouknight, R.R., Hayward, R.A., Smith, D.M., Kerr, E.A. (2002) The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *Journal of General Internal Medicine*, 17 (4): 243-52.

Henbest, R.J., Steward, M.A. (1989) Patient-centeredness in the consultation: a method for measurement. *Family Practice*, 4, 249-253.

Kaplan, S.H., Greenfield, S., Ware, J.E. (1989) Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27 (7): 679.

Katz, A.M., Shotter, J. (1996) Hearing the patient's voice: toward a social poetics in dialogic interviews. *Social Science and Medicine*, 43 (6) 919-931.

Katz, A.M., Conant, L. Jr., Inui, T.S., Baron, D., Bor, D. (2000) A council of elders: creating a multi-voiced dialogue in a community of care. *Social Science and Medicine*, 50, n. 6, 851-860.

Libert, Y., Merckaert, I., Reynaert, C., Delvaux, N., Marchal, S., Etienne, A-M., Boniver, J., Klastersky, J., Scalliet, P., Slachmuylder, J-L., Razavi, D. (2006) Does psychological characteristic

influence physicians' locus of control on interviews with a cancer patient and a relative. *Supportive Care in Cancer*, 14 (3): 230-242.

Lusardi, R. (2005) Lo studio della relazione medico-paziente: una rassegna. In: Manghi, S. *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*. Franco Angeli, Milano.

Majani, G. (2001) *Compliance, adesione, aderenza*. McGraw-Hill, Milano.

Manghi, S., Tomelleri, S. (2004) Il sapere delle relazioni. Immagini emergenti dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche. In: Guizzardi, G. (a cura di) *Star bene. Benessere, salute, salvezza tra scienza, esperienza e rappresentazioni pubbliche*. Il Mulino, Bologna.

Manghi, S. (2004) *Apprendere attraverso l'altro. La sfida dei saperi relazionali*. Relazione presentata al Convegno "I saperi della formazione nei contesti della salute", Bologna, 15-16 dicembre 2004.

Manghi, S. (2005) *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*. Franco Angeli, Milano.

Mantovani, G., Spagnoli, A. (a cura di) (2003) *Metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino, Bologna.

Mazzara, B. M. (a cura di) (2002) *Metodi qualitativi in psicologia sociale. Prospettive teoriche e strumenti operativi*. Carocci Editore, Roma.

Mazzi, M.A., Del Piccolo, L., Zimmermann, C. (2003) Event-based categorical sequential analysis of the medical interview. A review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 12, 81-85.

Maynard, D.W., Heritage, J. (2005) Conversation Analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39 (4): 428-435.

McDonagh, J.R., Elliott, T.B., Engelberg, R.A., Treece, P.D., Shannon, S.E., Rubinfeld, G.D., Patrick, D.L., Curtis, J.R. (2004) Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Critical Care Medicine*, 32 (7): 1484-1488.

McNamee, S. (1987) Accepting research as social intervention: implications of a systemic epistemology. *Communication Quarterly*, 36 (1).

McNamee, S. (2004) Social construction as practical theory: lessons for practice and reflection in psychotherapy. In: Parè, D.A., Lerner, G. (Eds.) *Collaborative practice in psychology and therapy*. The Hawthorn Clinical Practice Press, New York.

Merckaert, I., Libert, Y., Razavi, D. (2005) Communication skills training in cancer care: where are we and where are we going? *Current Opinion in Oncology*, 17: 319-330.

Merini, A. (1993) *Euripilo e Patroclo. Saggio sulle attuali problematiche del rapporto del medico con il paziente*. CLUEB, Bologna.

Moja, E. A., Vegni, E. (2000) *La visita medica centrata sul paziente*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Ong, L.M.L., de Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. (1995) Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40 (7): 903-918.

Ong, L.M.L., Visser, M.R.M., Van Zuuren, F.J., Rietbroek, R.C., Lammes, F.B., de Haes, J.C.J.M. (1999) Cancer patients' coping and doctor-patient communication. *Psycho-Oncology*, 8 (2): 145-156.

Ong, L.M.L., Visser, M.R.M., Lammes, F.B., de Haes, J.C.J.M. (2000a) Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41: 145-156.

Ong, L.M.L., Visser, M.R.M., Lammes, F.B., van der Velden, J., Kuenen, B.C., de Haes, J.C.J.M. (2000b) Effect of providing cancer patients with the audio taped initial consultation on satisfaction, recall, and quality of life: a randomized, double-blind study. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (16): 3052-3060.

Paasche-Orlow, M., Roter, D. (2003) The Communication Patterns of Internal Medicine and Family Practice Physicians. *The Journal of the American Board Family Practice*, 16, 485- 493.

Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A.P., Cohen, L. (2001) Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (7) 2049-2056.

Parker, P.A., Aaron, J., Baile, W.F. (2009) Breast cancer: unique communication challenges and strategies to address them. *Breast J.*, 15 (1): 69-75.

Parsons, T. (1951) *The social system*. Tavistock, London.

Pearce, B.W., Cronen, V.E. (1980) *Communication, action and meaning. The creation of social reality*. Praeger Publisher, New York.

Pearce, B.W. (1993) *Comunicazione e condizione umana*. Franco Angeli, Milano.

Pomerantz, A., Rintel, E.S. (2004) Practices for reporting and responding to test results during medical consultations: enacting the roles of paternalism and independent expertise. *Discourse Studies*, 6 (1): 9-26.

Proia, A. (2002) La dinamica della comunicazione tra medico e paziente oncologico. *Recenti Progressi in Medicina*, 93 (2): 108-112.

Psaltis, C., Duveen, G. (2005) Social relations and cognitive development: the influence of conversation type and representations of gender. *European Journal of Social Psychology*, 35, 1-24.

Razavi, D., Merckaert, I., Marchal, S., Libert, Y., Conradt, S., Boniver, J., Etienne, A-M., Fontaine, O., Janne, P., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J-L., Delvaux, N. (2003) How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of post training consolidation workshops. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (16): 3141-3149.

Reicher, S., e Sani, F. (1998) Introducing SAGA: Structural Analysis of Group Arguments. *Group Dynamics: Research, Theory and Practice*, 2: 267-284.

Robinson, J.D., Stivers, T. (2001) Achieving activity transitions in physician-patient encounters. From history taking to physical examination. *Human Communication Research*, 27 (2): 253-298.

Roter, D.L. (1977) Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monograph*, 5, 281.

Roter, D.L. (1991) *The Roter Interaction Analysis System (RIAS). Coding Manual*. Baltimore: School on Hygiene and Public Health.

Roter, D.L., Hall, J. A. (1992) *Doctors talking to patients. Patients talking with doctors*. Auburn House, Westport, CT.

Roter, D.L. (2000) The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling*. 39, 5-15.

Sacks, H., Schegloff, E.A., Jefferson, G. (1974) A simplest systematics for the organization of turn talking for conversation. *Language*, 50 (4): 696-735.

Saltini, A., Del Piccolo, L. (2000) Il colloquio con il paziente in medicina generale. *Recenti Progressi in Medicina*, 91 (1): 38-42.

Sandvik, M., Eide, H., Lind, M., Graugaard, P.K., Torper, J., Finset, A. (2002) Analysing medical dialogues: strengths and weaknesses of Roter's interaction analysis system (RIAS). *Patient Education and Counseling*, 46, 237-243.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakara, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1995) Treating psychosis by means of open dialogue. In: Friedman, S. (Eds.) *The reflecting team in action*. Guildford Press, New York, pp. 62-80.

Seikkula, J., Olson, M.E. (2003) The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, n. 3, 403-418.

Shorter, E. (1986) *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*. Feltrinelli, Milano.

Shotter, J. (1984) *Social accountability and selfhood*. Basil Blackwell, Oxford.

Shotter, J., Gergen, K.J. (Eds.) (1988) *Social Texts of identity*. Beverly Hills, Sage, London.

Siminoff, L.A., Graham, G.C., Gordon, N.H. (2006) Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient Education and Counseling*, 62, 355-360.

Spagnoli, A. (2003) Analisi delle azioni verbali e non verbali. In: Mantovani G., Spagnoli A. (a cura di) *Metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino, Bologna.

Stewart, J., Zediker, K. (2000) Dialogue as tensional, ethical practice. *Southern Communication Journal*, 65, n. 2-3, 224-242.

Szasz, T.S., Hollender, M.H. (1956) A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.

Tambone, V., De Virgilio, A., Paolini, A., Paviglianiti, A., Picconi, F., Pietrapertosa, G., Rega, D., Ricciardi, R., Spada, A. (2007) Some behavioral characteristics of physicians desired by ambulatory patients. A pilot survey. *Clin. Ter.* 158 (6): 497-503.

Van Dulmen, A.M., Verhaak, P.F., Bilo, H.J. (1997) Shifts in doctor patient communication during a series of outpatient consultations in non- insulin- dependent diabetes mellitus. *Patient Education and Counseling*, 40, 227-237.

Watzlawick, P., Beavin, B.J., Jackson, D.D. (1971) *La pragmatica della comunicazione umana*. Astrolabio, Roma.

Wolraich, M.L., Albanese, M., Stone, G., Nesbitt, D., Thomson, E., Shymansky, J., Bartley, J., Hanson, J. (1986) Medical communication behaviour system. *Medical Care*. 10, 891-903.

Zandbelt, L.C., Smets, E.M.A., Oort, F.J., de Haes, H.C.J.M. (2005) Coding patient-centred behaviour in the medical encounter. *Social Science and Medicine*, 61: 661-671.

Zani, B. (a cura di) (1995) *Le dimensioni della psicologia sociale. Temi di ricerca e aree di intervento*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Zani, B., Cicognani, E. (2000) *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna.

Zani, B., Selleri, P., David, D. (2002) *La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali*. Carocci Editore, Roma.

Zimmermann, C., Del Piccolo, L., Mazzi, M.A. (2003) Patient cues and medical interviewing in general practice. Examples of the application of sequential analysis. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. 12, 115-123.

Zucchermaglio, C. (2003) Contesti di vita quotidiana, interazione e discorso. In: Mantovani, G., Spagnoli, A. (a cura di) *Metodi qualitativi in psicologia*. Il Mulino, Bologna.

APPENDICE

Allegato 1. Categorie di codifica del RIAS

Adattato da Roter, D.L. (1991). *The Roter Interaction Analysis System (RIAS). Coding Manual*. Baltimore: School on Hygiene and Public Health.

| Categorie di codifica | Descrizione |
|---------------------------|---|
| Chiacchierare, saluti | <ul style="list-style-type: none"> • Saluti (per es. “Buongiorno”, “Sono il dott. Bianchi”, “Come va?”, “Come sta?”), presentazione attraverso frasi di convenienza (per es. “Piacere!”) e saluti finali, “Arrivederci”) • Risposte ai saluti e alle frasi di convenienza (per es., “Bene grazie, e lei?”). • Conversazioni sul tempo, sullo sport o su argomenti non medici o argomentazioni in generale sulla salute che non sono collegate direttamente alla discussione sullo stato di salute del paziente. |
| Ridere, scherzare | <ul style="list-style-type: none"> • Fare battute amichevoli, cercare di divertire o intrattenere, prendere in giro scherzosamente, stuzzicare (per es., il benevolo scherzare tra medico e paziente, quando la relazione è ormai consolidata), battute non pesanti (per es., “mi sento come una candela in preda al vento”) o il ridere nervosamente. • Anche il ridere in risposta ad una battuta viene codificato in questa categoria. |
| Mostrare approvazione | <ul style="list-style-type: none"> • Complimenti diretti all’altro soggetto presente (per es., “Molto bene”, “Ha proprio un bell’aspetto”, “Davvero terribile”). • Mostrare all’altro gratitudine o apprezzamento (per es., “Apprezzo molto ciò che sta facendo per mio padre”, “Non so cosa farei senza di lei”). • Ogni espressione di approvazione, incoraggiamento, gratificazione o che mostra rispetto o ammirazione verso l’altro. Questa categoria include “Per favore”, “Grazie”, “Prego”, “Piacere di averla conosciuta” (quando formulato al momento della chiusura della visita o poco prima); include anche frasi tipo: “Mi è stato utile ricevere queste informazioni”; “E’ una buona idea”; “Dev’essere stata dura”. |
| Fare complimenti | <ul style="list-style-type: none"> • Complimenti diretti ad un’altra persona non presente all’incontro (per es., Il dott. Bianchi è molto serio”; “E’ una persona gradevole”). • Ogni espressione di approvazione, incoraggiamento, gratificazione o che mostra rispetto o ammirazione verso un altro non presente, • Un complimento per qualcosa attribuito specificamente ad un altro (per es., “La clinica Salute molto conveniente”) |
| Essere d’accordo, capire | <ul style="list-style-type: none"> • La categoria include segnali di intesa e comprensione (per es., “Certo”, “Giusto”, “OK”). • La categoria include inoltre l’ammissione di qualcosa, frasi neutre e scuse che non coinvolgono particolarmente i sentimenti dell’altro. • La categoria include frasi d’accordo in negativo (per es., “Neppure io”, “No, lo so”). |
| Facilitatori paraverbali | <ul style="list-style-type: none"> • Indicatori di vivo interesse, di ascolto attivo o incoraggiamento emessi dal medico lasciando che il paziente continui a parlare (per es., “mmmh”, “sì”). Queste risposte si differenziano dalle altre in quanto non servono a togliere la parola a chi sta parlando; sono spesso parole appena udibili che accompagnano la storia del paziente (o il suo monologo), incoraggiando chi sta parlando a continuare a parlare e indicando il continuo interesse dell’ascoltatore in ciò che il paziente sta dicendo. I facilitatori paraverbali potrebbero essere considerati come una sottocategoria della categoria “ok” (essere d’accordo, capire). |
| Espressioni empatiche | <ul style="list-style-type: none"> • Una frase che parafrasa, interpreta, riassume o esplicita lo stato emotivo dell’altro (per es., “Capisco che questo lo preoccupi”, “Il dolore deve essere molto fastidioso per lei”, “Che sollievo”) |
| Interesse, preoccupazioni | <ul style="list-style-type: none"> • Una frase o un’espressione non verbale che indica che una condizione o un evento sono seri, preoccupanti, angosciosi e richiedono una particolare attenzione (come il dover confortare o dare una speciale considerazione) e sono di singolare attenzione (come il dover confrontare o dare una speciale considerazione) e sono di singolare interesse proprio durante lo svolgimento del colloquio. In altre parole, queste frasi hanno una componente emotiva o psicosociale forte ed immediata e non fanno riferimento ad un contesto generale aspecifico o a tematiche passate. Il tono della voce, l’intonazione o il contenuto verbale possono indicare preoccupazione, partecipazione, stress, nervosismo, preferenze o incertezze personali che sono di immediata preoccupazione. • Sono incluse descrizioni emotive negative della situazione medica o discussioni di sentimenti non specifici, anche se si riferiscono a stati fisici (per es., “Strano...mi sono sentito come sporco...”). • Include frasi di scusa che indicano preoccupazione nei sentimenti dell’altro, mentre non include frasi routinarie di convenienza (per es., “Oh mi dispiace che la disturbi”, “Mi spiace farle male”). • Include dimostrazioni di preoccupazioni in forma interrogativa quando il soggetto della preoccupazione è l’altro (per es., “Le fa molto male?” durante l’esame obiettivo; “Tutto bene?” durante l’esame obiettivo). • Include l’autocritica (“Mi sento un verme quando ho voglia di fumare”). |

| Categorie di codifica | Descrizione |
|---|---|
| Rassicurazioni, incoraggiamenti | <ul style="list-style-type: none"> • Include frasi che indicano ottimismo, incoraggiamento, alleviamento di una preoccupazione o rassicurazione. Questa categoria si differenzia dal Mostrare approvazione e dal Fare complimenti in quanto è più intensamente personale, intima, immediata (in altre parole, riflette il modo in cui il paziente o il medico si sente proprio durante la visita). Include anche frasi di prognosi che sono collegate a conseguenze fisiche o emotive; hanno generalmente una valenza più positiva rispetto alla categoria “Interesse, preoccupazione”. • Include descrizioni emotive positive di se stessi, della situazione medica o discussioni di sentimenti non specifici anche se descrivono uno stato fisico (per es., “Mi sento come non mi sono mai sentito prima”; “L’ho tollerato bene”) • c. Include frasi che mostrano consapevolezza dei sentimenti dell’altro in maniera ottimistica o rispondono ad una richiesta di rassicurazione. |
| Legittimare | <ul style="list-style-type: none"> • Frasi che indicano che le azioni, le emozioni o i pensieri dell’altro sono comprensibili, normali (per es., “Capisco perché è preoccupato”; “E’ naturale essere preoccupati della propria famiglia”). Queste frasi indicano che è comprensibile il motivo della preoccupazione e dei pensieri dell’altro, non descrivono semplicemente la preoccupazione o il pensiero dell’altro. • Frasi che si riferiscono ad azioni, emozioni o pensieri dell’altro rendendoli universali (per es., “Queste idee passano prima o poi per la testa di tutti”; “Chi non sarebbe preoccupato di un tumore?”; “Avere un bambino può essere per tutti motivo di tensione”). |
| Manifestare/ favorire l’alleanza terapeutica | <ul style="list-style-type: none"> • Frasi che favoriscono l’alleanza del medico con il paziente in termini di aiuto e supporto, nel prendere una decisione o nella pianificazione del progetto terapeutico. |
| Parlare di sé | <ul style="list-style-type: none"> • Frasi che descrivono l’esperienza personale del medico in aree che hanno rilevanza medica e/o emozionale per il paziente. Le frasi che vengono categorizzate con “self” si distinguono dalla categoria “Chiacchierare” in quanto quest’ultima si riferisce generalmente a conversazioni amichevoli o alle chiacchiere sociali mentre la categoria “Self” si riferisce a riflessioni rispetto all’esperienza del medico che possono essere chiarificatrici o avere un significato per il paziente. La categoria “self” descrive dati personali non pubblici. |
| Disapprovare | <ul style="list-style-type: none"> • Ogni indicazione di disapprovazione, critica, lamentela, rifiuto, indifferenza o discredito diretta espressamente all’altra persona presente. Frasi che essenzialmente contraddicono o rifiutano qualcosa detto dall’altro o implicano disaccordo o rifiuto di ipotesi, idee o opinioni dell’altro (per es., “No, non credo”; “E’ impossibile”; “Non credo nell’efficacia di queste iniezioni”). • Sarcasmo (per es., “Due pacchetti al giorno? Magnifico”; “Oh bene, un altro esame del sangue”). • Protesta, frasi difensive (per es., “Ma mi ha promesso di farmi uscire il primo del mese”; “Pensavo avesse detto che non fossero necessarie altre iniezioni”). • La categoria “disapprovazione” si differenzia spesso da una frase che esprime preoccupazione per il suo intento apertamente contraddittorio. |
| Disapprovazione verso terzi | <ul style="list-style-type: none"> • Ogni indicazione di disapprovazione, rimprovero, rifiuto, freddezza o discredito diretta ad un’altra persona non coinvolta nell’incontro. Include frasi che essenzialmente contraddicono o rifiutano qualcosa detto da un altro o che implicano disaccordo o rifiuto rispetto ad ipotesi, idee o opinioni di un altro (es., “Mio marito proprio non sa cucinare”; “Non c’è mai quando ho bisogno di lei”). • Sarcasmo (per es., “Due milioni al mese. Bene, giusto quello che possiamo permetterci!). • Frasi difensive (per es., “Sono loro che mi hanno detto che posso prendermi una breve vacanza”). |
| Richiedere rassicurazioni | <ul style="list-style-type: none"> • Domande di preoccupazione che esprimono il bisogno o il desiderio di essere rassicurati o incoraggiati. Il tono della voce, l’intonazione e il contenuto emotivo possono essere significativi nel distinguere domande formulate per richiedere rassicurazione da domande di altro tipo (es., “Pensa veramente che possa smettere di fumare”; “Quell’esame non è troppo doloroso, vero?”). |
| Transizione | <ul style="list-style-type: none"> • Frasi o enunciati singoli che indicano lo spostamento verso un altro argomento o area di discussione, serie di pensieri o azioni. Include frasi o enunciati che sono “riempi spazio”, se l’enunciato sta da solo ed è separato da un altro enunciato da una pausa di un secondo o più (per es., “Ah...aspetti un attimo...”, “Oh bene...”, “Ora...vediamo...”, “Mi faccia pensare...”). • Se la pausa tra una transizione ed un enunciato più ricco di significato è minore di un secondo la transizione stessa è inglobata nella codificazione del secondo enunciato (questo avviene solo per le transizioni). |

| Categorie di codifica | Descrizione |
|------------------------------|---|
| Categorizzazioni, istruzioni | <ul style="list-style-type: none"> La categorizzazione esprimono all'altra persona cosa sta per accadere, cosa aspettarsi durante il colloquio o l'esame oppure servono ad orientare l'altro rispetto ad argomento o discussioni di maggior interesse o sul succedersi delle fasi della visita. Lo scopo di tali frasi è guidare l'altra persona (solitamente il paziente) in merito a cosa aspettarsi durante la visita. Questa è fondamentale una categoria circoscritta di frasi che servono ad indirizzare il comportamento dell'altro e a facilitare il processo della visita. In altre parole, le categorizzazioni sono strategie che favoriscono la cooperazione dell'altro, facendo sì che la visita prosegua (per es., "Adesso misuriamo la pressione"; "Torno subito con l'iniezione"; "Mi piacerebbe esaminarle i polmoni"). La categoria comprende anche frasi direttive o di istruzioni relative all'esame obiettivo, incluse frasi in forma imperativa. Queste espressioni sono spesso utilizzate per facilitare il progredire della visita. Questa sottocategoria include anche frasi relative ad aspetti procedurali o amministrativi della visita (per es., "Può accomodarsi sul lettino per cortesia"; "Guardi dritto davanti a lei"; "Dica trentatré; "Dica aaaa"; "Può portare questo foglio in accettazione"). |
| Parafrasare | <ul style="list-style-type: none"> Si tratta di locuzione attraverso le quali chi parla rielabora o restituisce l'informazione appena ricevuta dell'altro con la finalità di verificare l'accuratezza dell'informazioni stessa o la comprensione dei fatti o degli argomenti appena discussi. Queste parafrasi possono essere formulata in forma interrogativa o dichiarativa, ma la funzione del parafrasare da parte del parlante è la chiarificazione rispetto alla comunicazione dell'altro. Include parafrasi o ripetizioni di frasi dette dall'altro pronunciate in modo sia dichiarativo che interrogativo. Include frasi di restituzione che esplicano un fatto che l'altro ha espresso in modo esplicito, o l'essenza di un messaggio verbale senza raggiungere alcuna nuova informazione. Include frasi di restituzioni di informazioni date dall'altra persona precedentemente durante la visita, in riferimento a frasi dette in precedenza. Include frasi formulate durante la raccolta dati che sono una chiara verifica di conoscenze note. In queste situazioni la verifica riguarda informazioni già note e non include alcun nuovo dato. |
| Chiedere di ripetere | <ul style="list-style-type: none"> Strategia per chiedere di ripetere frasi dette dall'altro. Si chiede di ripetere nel caso in cui parole o frasi non sono state sentite chiaramente, o comunque si necessita di una ripetizione, e indicano una difficoltà di percezione. Le domande per chiedere di ripetere vengono formulate subito dopo la frase che deve essere ripetuta: es., "Cosa?", "Cosa ha detto?"; "Può ripetere, per cortesia?"). |
| Controllo comprensione | <ul style="list-style-type: none"> Strategia attraverso cui il medico o il paziente verificano se l'altro ha ascoltato o compreso quanto appena detto (ad es., chiedendo "Capisce ciò che dico?"). Include domande per verificare l'accordo: "Mi segue?"; "Capisce"; "Può ripetermi ciò che ho appena detto?"; "Ha capito?"). |
| Indagare l'opinione | <ul style="list-style-type: none"> Domande che indagano l'opinione del paziente, il suo punto di vista rispetto alla diagnosi, al trattamento, all'eziologia, alla prevenzione o alla prognosi. Include domande che invitano il paziente ad esprimere il suo giudizio, le sue aspettative o valutazioni rispetto la problema (es., "Cosa pensa possa essere?"; "Cosa pensa possa aver causato ciò"). |
| Domande chiuse mediche | <ul style="list-style-type: none"> Domande dirette che cercano una specifica informazione, alle quali si risponde generalmente in modo breve. Una risposta di una o due parole o un "sì" o un "no" è generalmente sufficiente. Condizioni mediche: include domande relative alla storia medica e famigliare, trattamenti precedenti, sintomi, condizioni fisiche (ad es., un dolore o un'invalidità), abitudini correlate alla condizione medica e allergie (eccetto le allergie ai farmaci: "Ha mai visto problemi di sonno prima che si presentasse questo disturbo?"; "E' mai stato ospedalizzato per questo problema?"). |
| Domande chiuse terapia | <ul style="list-style-type: none"> Regime terapeutico; include domande relative alla terapia farmacologica passata, presente, futura e al presente e futuro trattamento e ai controlli delle abitudini di vita correlate specificamente alle condizioni mediche del paziente: per es., "Per quanto tempo ha preso la medicina per la pressione?"; "Per quanto tempo devo prendere queste pillole?"). |
| Domande chiuse stile di vita | <ul style="list-style-type: none"> Stile di vita: include domande relative allo stile di vita (il fumo, la dieta, il sonno, l'alcol e la abituale attività fisica), alla situazione familiare, al lavoro, alla prevenzione e ai problemi personali non specificamente collegati a problemi di salute. Queste domande si distinguono da quelle codificate con la categoria "Chiacchiere" in quanto l'interesse che convogliano è più che un semplice interesse sociale o amichevole (ad es., le domande che riguardano la comprensione dello stile di vita dell'altro come un fattore strettamente collegato al suo stato di salute). Sono incluse in questa categoria anche domande relative all'eventuale copertura assicurativa (ad es., il servizio sanitario). |
| Domande chiuse contesto | <ul style="list-style-type: none"> Contesto, sentimenti: domande che indagano lo stato psicologico o emozionale o argomenti strettamente collegati a tali stati. Include domande relative alle emozioni, alle preoccupazioni, ansie o sentimenti quali stress, piacere o dispiacere (es., "E' ansioso rispetto a ciò?"; "Ha pianto molto ultimamente?"). |
| Domande chiuse altro | <ul style="list-style-type: none"> Altro: include domande relative ad altri argomenti quali la cartella clinica, esami o procedure di esame, etc...(ad esempio domande che, sebbene collegate in qualche modo alla visita medica, non rientrano nelle categorie precedentemente descritte (es., "Dov'è il camice?"; "Posso sedermi qui?"). |

| Categorie di codifica | Descrizione |
|--|--|
| Domande aperte mediche | <ul style="list-style-type: none"> Le domande aperte mediche si differenziano dalle domande chiuse mediche per la loro non specificità e/o il non intento di indagare. Spesso esse iniziano con “Cosa, perché, come?” e ricevono una risposta relativa a percezioni, informazioni, sentimenti. Sono incluse in questa categoria richieste di esempi, chiarificazioni, informazioni. I contenuti di queste domande equivalgono ai contenuti precedentemente descritti in relazione alle domande chiuse mediche. |
| Domande aperte terapia | <ul style="list-style-type: none"> Regime terapeutico: “Sta facendo la medicazione?”; “Che problemi ha a ricordarsi di prendere le pillole?”. |
| Domande aperte stile di vita | Stile di vita: “Come va con la dieta?”; “Perché ha ripreso a fumare?”. |
| Domande aperte contesto, sentimenti | <ul style="list-style-type: none"> Contesto psicosociale e sentimenti: “Come reagisce al problema di suo marito con l’alcool?”; “Perché non le piace il suo lavoro?”. Include ogni domanda chiusa con l’implicito intento di favorire una discussione a livello psicosociale indipendentemente dal contesto in cui viene formulata. Queste domande possono essere interpretate come un invito a parlare (es., “Cosa la preoccupa di più?”; “Come affronta questa situazione?”). |
| Domande aperte altro | Altro: “Cosa devo fare con questo?”; “Cosa vuole che faccia?”. |
| Dare informazioni mediche | <ul style="list-style-type: none"> Fraasi che non derivano esplicitamente dal comportamento dell’altro. Queste fraasi sono caratterizzate da un contesto neutrale e da informazioni relative ad azioni che devono essere intraprese dallo speaker o dall’altro (ad es., “personale clinico o ospedaliero”). Condizioni mediche: fraasi relative a fatti o opinioni correlate a condizioni mediche, sintomi, diagnosi, prognosi, esami passati e risultati clinici, passato medico (incluse notizie circa vaccinazioni, cure a base di cortisone, chemioterapia o radioterapia fatte in passato), storia medica personale e familiare, allergie. Include informazioni personali come elementi utili per la cartella clinica (ad es., il nome). |
| Dare informazioni terapia | <ul style="list-style-type: none"> Regime terapeutico: asserzioni di fatti o di opinioni relative alla terapia presente o future (successive alla visita), informazioni su medicine utilizzate, allergie a determinate medicine, specifici trattamenti o esami che devono essere eseguiti, imminenti ricoveri, prossimi appuntamenti o futuri contatti tra medico e paziente, specifici controlli relativi allo stile di vita indispensabili in virtù delle condizioni mediche (ad es., relativamente al fumo o alla dieta). In aggiunta questa categoria include informazioni relative ai farmaci o alle medicazioni prese o eseguite in passato. Non sono invece incluse informazioni relative a precedenti ospedalizzazioni, esami precedentemente fatti o regimi terapeutici seguiti in passato (ad es., “Questo farmaco è un diuretico e dovrebbe migliorare le sue condizioni?”; “Penso che dovrò prescriverle della penicillina per questa infezione”). Tali informazioni vengono infatti classificate nella categoria “Dare informazioni mediche”. |
| Dare informazioni stile di vita | <ul style="list-style-type: none"> Stile di vita: fraasi relative a fatti o opinioni riguardanti lo stile di vita (il fumo, la dieta, l’assunzione di alcolici e l’attività fisica), la situazione familiare, il lavoro, le abitudini preventive e comportamentali non correlate a specifici problemi di natura medica. Include informazioni riguardanti l’attività quotidiana come dati collegati alla condizione di salute generale, e informazioni sulla copertura informativa (ad es., l’assicurazione della salute, i benefici del regime terapeutico, la disponibilità e i costi dei farmaci, trattamenti ed esami). Include informazioni relative ai progetti passati, presenti, futuri in ognuna di queste aree. Queste fraasi sono generalmente oggettive, dati di fatto, sia nel contenuto che nell’espressione e affettivamente neutrali (da notare che sono escluse preoccupazioni di natura psicosociale). In questa categoria sono inoltre incluse fraasi riguardanti problemi medici e trattamenti terapeutici relativi ad altri soggetti (ed es., dei parenti, dei vicini di casa, non riguardanti comunque la condizione medica del paziente; ad es., “Lavoro in cantiere la maggior parte dei giorni”; “Non fumo più del solito”). |
| Dare informazioni contesto, sentimenti | <ul style="list-style-type: none"> Psicosociale (categoria del paziente): questa categoria include fraasi pronunciate dal paziente correlate a preoccupazioni o problemi psicosociali (ad es., stress, sentimenti, emozioni, stati mentali, visioni filosofiche, valori e credenze). Queste fraasi possono alludere allo stile di vita, a informazioni mediche e/o terapeutiche, ma si differenziano dalle fraasi categorizzate all’interno della classificazione “dare informazioni” per la loro dimensione psicosociale o affettiva. Esse sono comunque meno immediate, intime o intense rispetto alle fraasi classificate nelle categorie “rassicurazioni, incoraggiamenti”, “interesse, preoccupazioni”, “essere d’accordo, capire”, “disapprovazione”. Questa categoria include sia espressioni riguardanti stati depressivi, inclusa la depressione clinica, sia argomentazioni relative all’alcolismo e all’ ADD (<i>Attention Deficit Disorder</i>). Fraasi relative all’assunzione di farmaci psicoattivi vengono classificate in questa categoria quando vengono affrontati gli effetti di tali farmaci. (Se si parla specificamente del dosaggio o del programma di assunzione, bisogna utilizzare la categoria “dare informazioni terapeutiche). es., “Mia figlia ed io stiamo molto bene insieme”; “Divengo molto nervoso se non esco a lavorare”. |

| Categorie di codifica | Descrizione |
|------------------------------------|--|
| Dare informazioni altro | <ul style="list-style-type: none"> • Altro: espressioni, fatti o opinioni correlati ad argomenti differenti quali la cartella clinica, (ad es., informazioni che, anche se correlate in qualche modo alla visita clinica, non possono essere classificate in alcuna sotto-categoria). Questa categoria include anche espressioni neutrali relative allo studio sperimentale (es., “Oggi è il 14”; “Ah”; “Registreremo le visite solo oggi”). |
| Indicazioni mediche terapeutiche | <ul style="list-style-type: none"> • Frasi che suggeriscono o implicano una soluzione o un’azione che deve essere intrapresa dall’altro soggetto (solitamente dal paziente). Queste frasi sono caratterizzate dall’intento di persuadere, influenzare, dirigere o cambiare il comportamento altrui. Sono incluse in questa categoria frasi in forma imperativa che indirizzano esplicitamente il comportamento dell’altro. • Queste espressioni sono state categorizzate come segue: • Condizioni mediche/regime terapeutico: include frasi relative ai problemi medici, regime terapeutico, futuri appuntamenti ed esami. Frasi relative a comportamenti preventivi e a cambiamenti o controlli dello stile di vita (ad es., smettere di fumare, cambiamento di dieta, effettuare un’attività fisica) sono incluse in questa categoria solo se specificamente correlate a condizioni mediche (es., “Vorrei che lei prendesse questa medicina per ridurre la ritenzione idrica”; “Mi chiami se non migliora entro la prossima settimana”). • Include dettagliate spiegazioni, ad es., spiegazioni su come eseguire certe istruzioni. (“Voglio che prenda l’E-Mycin tre volte al giorno per 10 giorni. Può comprarlo alla farmacia qui attraversata la strada). |
| Indicazioni stile di vita contesto | <ul style="list-style-type: none"> • Stile di vita e situazione psicosociale: include frasi relative allo stile di vita, alla famiglia, alle attività quotidiane, al lavoro, alla promozione e prevenzione della salute, alla situazione psicosociale, ai problemi e alle preoccupazioni emotive. Queste frasi suggeriscono azioni o cambiamenti nel comportamento che necessitano la volontà o il controllo da parte del paziente. (“Lei ha proprio bisogno di uscire più spesso e di incontrare più gente”; “Dovrebbe provare a fare degli esercizi fisici quando si sente molto teso. So che questi esercizi aiutano a ridurre lo stress”). • Include consigli relativi ad argomenti quali il fumo, la dieta, gli esercizi, l’alcool, il controllo del peso o dei farmaci non specificamente correlati a condizioni mediche (“Faccia l’auto palpazione del seno alla fine di ogni mese”; “Deve semplicemente mangiar di meno se vuole dimagrire). • Include frasi caratterizzate da una persuasione. Una frase persuasiva può offrire un esempio dell’esperienza fatta da un altro come modello di comportamento o uno stimolo al cambiamento. |
| Richiesta prescrizioni, servizi | <ul style="list-style-type: none"> • Richieste del paziente di assenza, fiducia e legittimazione, trattamenti, esami o controllo dei risultati. Si fa appello all’autorità del medico (“Mi può indicare un dermatologo?”; “Posso controllare il livello del colesterolo”). • Richieste del paziente di medicazione: “Mi può fare un’altra ricetta per le pillole del cuore?”; “Vorrei sapere se posso prendere in più per il mal di testa?”. |

COMUNICAZIONE E PROCESSI DI CURA

Il ruolo della comunicazione nella relazione medico-paziente

(Temi da affrontare con l'intervista (che sarà proposta a medici del Policlinico specialisti di varie discipline) che ha come scopo l'indagine degli schemi di riferimento impliciti con cui i medici affrontano i processi di cura e il ruolo in tale contesto della comunicazione tra medico e paziente. Si propone di articolare lo schema secondo una serie di livelli da utilizzare per la conduzione dell'intervista e per l'analisi del contenuto.)

“Presentazione” dell'intervista al medico:

“Stiamo conducendo una ricerca sul processo di cura e sulla relazione tra medici e pazienti. Vogliamo comprendere meglio cosa pensino i medici della relazione e della comunicazione che intercorre in generale tra i medici e i loro pazienti. Siamo interessati in particolare a studiare la comunicazione tra questi due attori”

A. Le idee in generale sulla Medicina e sulla pratica della Medicina intese come patrimonio condiviso, costruito anche socialmente, dei componenti della classe medica nel suo complesso: l'importanza attribuita alla relazione, piuttosto che alle componenti biomediche della malattia e della cura, il ruolo attribuito dai medici alla comunicazione nel processo di cura

Medicina e pratica della Medicina

- 1 - Perché si fa il medico? Qual è, secondo lei, il compito del medico?
- 2 - Che cos'è per lei il processo di cura? In cosa consiste?
- 3 - Quali sono gli obiettivi della cura?
- 4 - Secondo lei la considerazione degli aspetti relazionali fa parte integrante del processo di cura o è un di più, un “contorno”, un orpello lasciato alla volontà e alla sensibilità dei singoli operatori?
- 5 - Il paziente come persona, secondo Lei, viene talvolta messo in secondo piano rispetto alla sua malattia in alcuni ambiti della medicina?

Idee in generale, definizione, caratteristiche e ruolo

- 1 - Che ruolo ha, secondo lei, nell'ambito del processo di cura, la relazione tra il medico e il paziente? Quanto è importante il dialogo con il paziente?
- 2 - Quanto ritiene sia importante per i pazienti?
- 3 - Quali ritiene debbano essere gli scopi del processo di cura per il medico?
- 4 - Quali ritiene che siano per i pazienti?
- 5 - Tra gli scopi ritiene, ad esempio, che vi sia la soddisfazione del paziente? E quella del medico?
- 6 - Tra gli scopi del processo di cura ritiene che vi debba essere l'aderenza ai trattamenti?
- 7 - Cosa significa per lei essere un bravo medico?
- 8 - Qual è un cattivo medico?

-
- B. Le caratteristiche della cura così come vengono valutate dal medico: il suo modo di vedere e di considerare il “curare”, il suo modo di “rappresentarsi” ciò che accade durante l’incontro con il paziente, come egli si spiega ciò che accade realmente in termini di scopi, strategie e tecniche della cura in Medicina (ad esempio l’utilizzare una comunicazione più centrata sulla malattia, sull’oggetto, o viceversa più centrata sulla relazione).**

Il processo della cura (cosa avviene tra medico e paziente e come)

- 1 - Qual è secondo lei l’oggetto della cura? Cos’è che viene curato?
- 2 - Quali sono gli obiettivi del medico quando cura?
- 3 - Quali ritiene che siano i fattori che contribuiscono al realizzarsi di un processo di cura efficace e soddisfacente?
- 4 - Che cosa tende a facilitare il processo di cura?
- 5 - Cosa tende a ostacolarlo?
- 6 - Ci sono caratteristiche dei pazienti che facilitano o ostacolano la cura? Se sì, quali sono queste caratteristiche?
- 7 - C’entra la durata della relazione con la possibilità di instaurare una buona cura?
- 8 - C’entra il contatto fisico con la cura? Quale ruolo ha, ad esempio, l’esame obiettivo, il contatto durante la visita medica?
- 9 - Quali fattori fanno sì che il processo del curare risulti inefficace o insoddisfacente?
- 10 - Quali sono le criticità principali riscontrabili?
- 11 - Quali sono gli aspetti più difficili del curare, del processo di cura?
- 12 - Come ritiene che dovrebbe essere valutata la qualità del processo di cura?

“Responsiveness”

- 1 - Su che cosa si basa Lei per comprendere i bisogni del paziente?
- 2 - Quali sono gli elementi che usa per comprenderli?
- 3 - A cosa presta attenzione durante l’incontro con il paziente?

La formazione delle competenze professionali

- 1 - Come si impara a fare il medico, ad essere un bravo medico?
- 2 - Dove Le sembra di avere imparato di più a curare le persone, a trattare i pazienti?
- 3 - Come valuta la formazione del medico così come viene proposta oggi ad esempio nelle Università e nei corsi di formazione?
- 4 - Qual è il ruolo dell’esperienza professionale nell’apprendimento delle competenze professionali?

-
- C. Gli eventi concreti, le azioni, i comportamenti, i vissuti connessi alla pratica della cura, all’incontro con il paziente.**

Vissuti, sentimenti ed emozioni: il medico come persona

- 1 - Quali sono le situazioni che la mettono più in difficoltà?
- 2 - Qual è il momento più critico dell’incontro con il paziente?
- 3 - Cosa dà più soddisfazione?
- 4 - Cosa fa arrabbiare?
- 5 - Quale ruolo ha la sensibilità del singolo nel determinare la qualità della cura, del curare? Hanno un ruolo le caratteristiche personali del medico?
- 6 - La forte valenza emotiva dell’incontro con il paziente ostacola o facilita la relazione e la cura?
- 7 - Le viene mai voglia di evitare l’incontro con il paziente, la relazione e la comunicazione con lui?

Azioni, comportamenti, esperienze

- 1 - Qual è la Sua esperienza relativa al rapporto di cura tra medico e paziente?
- 2 - Quando, dove e come pensa di avere appreso le competenze necessarie? Ricorda episodi in particolare a questo riguardo?
- 3 - Le è mai capitato di dovere affrontare un “crollo emotivo” (pianto, attacchi d’ira ecc.) del paziente? Come è stato? Come lo ha affrontato? Cosa ha provato?
- 4 - Ci sono volte o pazienti con cui Le sembra di non essere riuscito a entrare e a restare in rapporto con il paziente? Secondo lei perché?
- 5 - Cosa cambierebbe per migliorare i processi di cura nel particolare contesto in cui lavora?
- 6 - Quali differenze le sembra che esistano tra la teoria e la pratica del curare e del prendersi cura?

D. Il ruolo degli altri attori in “scena”: l’influenza delle altre figure rilevanti – la famiglia e i colleghi – sul processo di cura e sulla relazione tra medico e paziente.

La famiglia del paziente

- 1 - La famiglia entra nel processo di cura? Viene coinvolta? Come?
- 2 - Quanto ritiene che la famiglia del paziente sia importante nel determinare la qualità del processo di cura?
- 3 - Quanto influisce sul rapporto con il paziente la presenza della sua famiglia?

Rapporto con gli altri medici (e con altre figure professionali)

- 1 - La Medicina, la pratica della Medicina e la cura sono viste in modo univoco dai suoi colleghi, dagli altri medici?
- 2 - Le sembra condiviso anche dai suoi colleghi il suo modo di intendere il processo di cura?
- 3 - Pensa viceversa vi siano differenze tra i reparti? Tra i vari tipi di specialità o di pazienti (fasi diverse di malattia, regimi diversi di ricovero...)?
- 4 - La presenza di altre figure professionali (ad es. lo psicologo) aiuta o è di ostacolo al processo di cura? Come? Perché?
- 5 - E gli infermieri? Quale ruolo hanno rispetto alla cura? Quale rapporto hanno con i medici? Quale rapporto con i pazienti?