

La relazione di cura: un punto di vista sociologico

di Alessandro Addorisio

Abstract

E' stata svolta un'indagine sulla relazione di cura fra il medico di Medicina Generale ed i suoi assistiti per fornire ulteriori dati a possibili attori interessati, che siano medici, amministratori pubblici, dirigenti sanitari o cittadini.

Da questi dati emerge che gran parte dei medici interpellati ritiene elementi fondamentali della relazione di cura, la fiducia reciproca e la comunicazione, assieme alla disponibilità all'ascolto e alla comprensione dei bisogni dei pazienti. Tutto ciò è confermato dall'indagine sugli assistiti, i quali aggiungono all'importanza dell'ascolto la chiarezza nelle spiegazioni e indicazioni.

Partendo da questi esiti, abbiamo dato luogo ad una riflessione sul ruolo delle norme sociali nella relazione di cura, mettendo in luce l'ambivalenza che spesso la caratterizza. Per evitare che la relazione fra medico e paziente venga del tutto spersonalizzata con l'avvento in sanità di strumenti tecnologici come l'I.A., è opportuno che i medici sappiano mantenere tale relazione nel contesto sociale, peculiare degli esseri umani, gli unici in grado di comprenderne i risvolti culturali, valoriali, morali ed etici.

INTRODUZIONE

La storia in Italia della Medicina generale o meglio dei medici di Medicina generale è lunga da ripercorrere ma basti qui ricordare le tante denominazioni che sono state date per designare l'attività di cura di questa figura professionale, per capire quanto il suo ruolo nella sanità nazionale e nella società sia cambiato nel corso dei decenni. Da quella di Medico condotto, retaggio di una concezione più statalista, amministrativa e sanitaria della professione, a quella di Medico di base che, partendo da un intento di riforma universalistica e democratica, si è poi trasformato in considerazione inferiore rispetto al vertice di una piramide tecno-specialistica, passando poi da Medico di famiglia a Medico di Medicina generale verso i più recenti Medico delle cure primarie o finanche del territorio.

Ma qual è l'essenza, il fondamento dell'attività di questo professionista della salute? Probabilmente potremmo sintetizzarla in "cura attraverso la relazione" ossia comprensione dei problemi di salute nel contesto della vita del malato, comprensione che passa inevitabilmente attraverso la creazione di un legame di fiducia e che porta a migliori risultati in termini di esiti di cura, adesione alle terapie, soddisfazione del paziente, meno prescrizioni e ricorso a strutture sanitarie ed infine, ma non ultimo, ad una maggiore gratificazione professionale per il curante.

E' opinione diffusa fra molti decisori, politici o tecnici, che questo tipo di cura, così personalizzata e relazionale, sia incompatibile con gli odierni standard di efficienza e sostenibilità, ma in realtà sono tantissimi gli studi scientifici che dimostrano quanto sia vantaggioso questo tipo di medicina relazionale, sia per i pazienti che si sentono persone e non solo malati, sia per i medici che traggono maggiore soddisfazione nel vedere direttamente il successo della propria attività di cura, sia infine per il S.S.N. che vede più

appropriatezza terapeutica, meno accessi impropri ai P.S. ospedalieri e meno ricoveri non programmati.

Lo scopo di questa indagine è quello di fornire, a chiunque sia interessato, alcuni dati rilevati nella realtà socio-sanitaria del territorio in cui viviamo.

La scelta del metodo.

Quando il nostro gruppo di lavoro ha immaginato di indagare la relazione di cura nel contesto specifico della Medicina generale ha deciso che la ricerca dovesse riguardare entrambi gli attori della relazione di cura, ossia il medico di Medicina Generale (di qui in avanti MMG) e il paziente.

Il primo passo è stato quello di scegliere quale metodo di ricerca sociale adottare per ottenere risultati attendibili. Considerando che ogni metodo presenta vantaggi e svantaggi che vanno valutati di volta in volta, nella scelta fra metodo qualitativo e quantitativo si è optato per una forma ibrida, quali-quantitativa, per cercare di valorizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi di ciascun metodo, inoltre nella scelta sono stati considerati anche i vincoli temporali, di risorse umane e di budget economico.

NOTA METODOLOGICA

Al termine delle valutazioni si è scelto di svolgere prima una fase qualitativa, che si è concretizzata, per quanto riguarda i medici, nell'esecuzione di due *focus group* in video conferenza cui hanno partecipato in totale 12 MMG e, per quanto riguarda i pazienti, svolgendo 12 interviste. Grazie alle informazioni raccolte sono stati costruiti due questionari distinti, somministrati in fasi diverse ai rispettivi destinatari, utilizzando sia il web che una versione cartacea.

La procedura di reclutamento dei partecipanti è stata diversa per i due campioni, dei medici e dei pazienti. Nel primo caso sono stati contattati via mail diversi MMG residenti in Veneto invitandoli a rispondere al questionario tramite un *link* che li indirizzava ad una piattaforma digitale di *survey on-line*.

Nel caso dei pazienti, oltre all'invito via mail con il *link* al questionario *on-line*, si è deciso di utilizzare una versione cartacea da somministrare ai pazienti di età più avanzata che, presumibilmente, avrebbero avuto più difficoltà con la versione digitale. A questo scopo abbiamo distribuito il questionario presso due centri sociali per anziani e un'associazione culturale, tutti della provincia di Padova.

L'utilizzo della piattaforma *web*, garantendo l'anonimato dei rispondenti, non consentiva di stratificare *ex ante* i campioni dei due gruppi considerati, perciò, nel caso dei medici, si sono auto-selezionati a partire da un gruppo di MMG residenti in Veneto, contattati via mail. Nel caso dei pazienti, sono stati reclutati anch'essi tramite una mail che, oltre al *link* al questionario, conteneva l'invito a "girarlo" ad amici e conoscenti, cercando così di innescare il c.d. effetto "*snow ball*" per raggiungere il maggior numero di contatti possibili.

Le uniche condizioni poste erano che gli eventuali rispondenti fossero maggiorenni e residenti nelle regioni del Triveneto.

Il campione dei Medici di MG.

I rispondenti sono stati 97: 54 maschi e 43 femmine; l'età media è stata di 52 anni.

I medici con un periodo di attività come MMG fino a 5 anni sono stati 26; quelli con un'attività compresa fra 6 e 20 anni sono stati 25; infine 46 quelli con un'attività compresa fra i 21 e i 43 anni. Naturalmente questi intervalli di anni sono arbitrari e servono unicamente a fornire una grossolana suddivisione dei rispondenti in base agli anni di esperienza, partendo dall'ipotesi che entro i primi cinque anni l'esperienza sia relativamente limitata, che fino ai 20 anni di attività si possa considerare ampia ed infine che dai vent'anni in su l'esperienza sia vasta e consolidata.

Il questionario dei MMG

Su dodici domande del questionario, le prime undici prevedono la possibilità di scelta, unica o plurima, fra varie opzioni di risposta mentre l'ultima è del tipo a risposta libera. Dopo le domande di natura socio-anagrafica e un paio di domande che servono a far entrare gradualmente i rispondenti negli argomenti del questionario, le successive tre riguardano il punto di vista del MMG sul tema centrale dell'indagine: la relazione di cura. Successivamente il *focus* delle domande si sposta sull'altro attore della relazione, ossia il paziente. Una domanda specifica è dedicata alle cause di fallimento della relazione di cura, a parere del MMG. Infine si chiede ai partecipanti di esprimersi sulla formazione specifica all'uso della relazione di cura come elemento terapeutico.

In conclusione del questionario, i medici sono sollecitati a formulare a loro volta una domanda da rivolgere ai propri assistiti, per individuare possibili argomenti propedeutici al confronto con il punto di vista degli assistiti, in una eventuale indagine futura.

Il campione dei Pazienti.

Al questionario hanno risposto 221 pazienti: 105 maschi e 116 femmine.

La fascia d'età più numerosa con il 33% del totale è quella compresa fra i 66 e i 75 anni, seguita dagli ultra-settantacinquenni (21%), poi la fascia d'età 56-65 anni (17%), 46-55 (12%), 18-35 (9%) e infine la fascia dai 36 ai 45 anni (8%).

I pazienti in pensione sono una netta maggioranza (56%) rispetto ai lavoratori (39%).

Suddividendo il campione per durata del rapporto di assistenza con l'attuale MMG si ottiene che il gruppo più numeroso (28%) è curato dal proprio medico da più di 15 anni, i gruppi successivi per numerosità sono quelli della durata di rapporto compresa fra i 5 e i 10 anni (17%), da 1 a 3 anni (16%), da 3 a 5 anni (15%) poi il gruppo dei pazienti con meno di un anno di assistenza (13%) ed infine quello da 10 a 15 anni (11%). A questo punto se sommiamo i gruppi che raggiungono i 5 anni di durata di assistenza e quelli che vanno dai 5 agli oltre 15 anni, vediamo che la maggioranza dei pazienti (56%) è assistita dall'attuale MMG da più di 5 anni.

E' opportuno qui ricordare che questi dati derivano dalla composizione di un campione che si è auto-selezionato con conseguenti effetti di sovra o sotto-rappresentazione di gruppi sociali presenti nella società con percentuali alquanto diverse.

RISULTATI

Risposte dei MMG.

Prima di entrare nell'analisi dettagliata delle risposte dei MMG voglio precisare che verranno evidenziate solo quelle risposte che sono state indicate da almeno il 25% del campione, ciò per evitare una disamina troppo dispersiva in presenza di una frammentazione delle percentuali di risposta.

Alcune domande prevedevano la possibilità di più risposte per cui, in quel caso, la somma delle percentuali di risposta è superiore al 100%.

Le prime due domande, di introduzione, erano rivolte a conoscere quali aspetti della professione di MMG sono stati considerati più importanti dai medici nella loro scelta di intraprendere tale carriera e quali fossero in partenza le principali aspettative che nutrivano rispetto alla professione.

Alla prima domanda, più del 45% del campione ha dato come risposta **la possibilità di un approccio globale al paziente** mentre **l'autonomia organizzativa** ha ricevuto il 30% delle preferenze.

Circa le principali aspettative dei medici, le risposte si sono ripartite in modo quasi equivalente tra **fare il proprio lavoro al meglio** (29%), **l'autonomia professionale e gestionale** (29%) e **produrre salute** (28%).

Con la terza domanda (*grafico 1*) si entra nell'argomento proprio dell'indagine, la relazione di cura, chiedendo ai partecipanti di indicarne i tre elementi più importanti, a proprio giudizio.

3) Riguardo alla relazione di cura, dal suo punto di vista di MMG, ne indichi i 3 elementi più importanti.

97 risposte

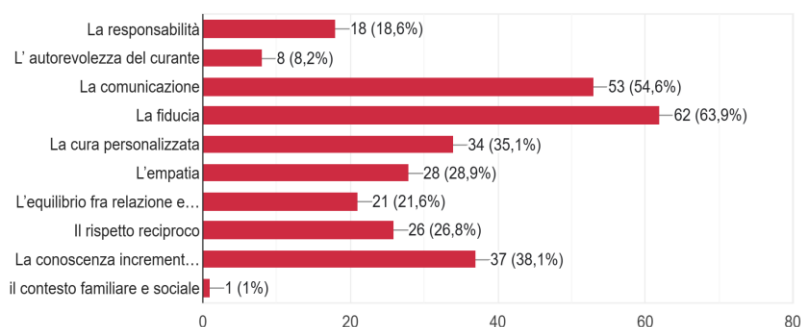


Grafico 1

Dal grafico relativo è evidente che i due aspetti ritenuti più importanti sono **la fiducia** (64%) e **la comunicazione** (54%), seguiti a distanza dalla **conoscenza incrementale del paziente** (38%) e **la cura personalizzata** (35%). **Empatia e rispetto reciproco** raggiungono valori poco inferiori al 30%.

La successiva domanda (*grafico 2*) va considerata insieme alla settima domanda perché riguardano entrambe i possibili vantaggi derivanti da una buona relazione di cura, rispettivamente per il MMG e per il paziente.

4) Una buona relazione di cura comporta vantaggi reciproci, quali sono i principali vantaggi per il MMG? (MAX 3 risposte)
97 risposte

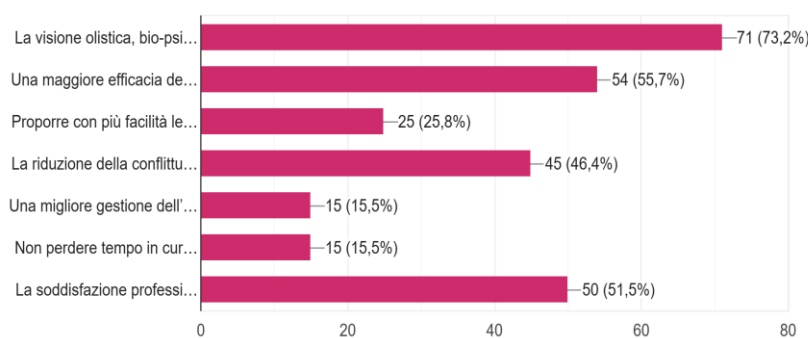


Grafico 2

In relazione ai vantaggi per il primo, **la visione bio-psico-sociale del paziente** ottiene la maggioranza dei consensi (73%), **una maggiore efficacia delle cure** è il secondo vantaggio più votato (54%). Seguono con percentuali più basse **la soddisfazione professionale** e **la riduzione della conflittualità**.

7) Dal suo punto di vista, quale potrebbe essere per il paziente il principale vantaggio di una buona relazione di cura? (una sola risposta)
97 risposte

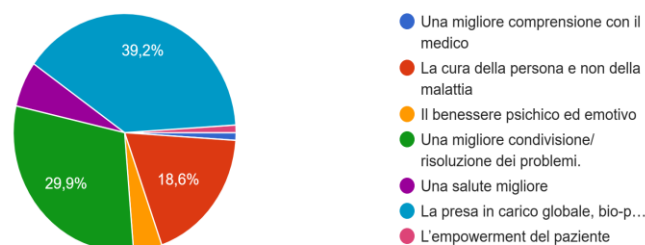


Grafico 3

In quanto ai vantaggi per il paziente secondo il parere dei MMG, i due più designati sono stati: **la presa in carico globale, bio-psico-sociale del paziente** (in assoluta coerenza con

la risposta riguardante il medico) che ottiene il 39% delle risposte e **una migliore condivisione e soluzione dei problemi** (30%).

La quinta domanda indagava cosa ritiene di investire il MMG nella relazione di cura e la quota maggiore di consenso (34%) ha riguardato **la capacità di relazione**.

La sesta domanda (grafico 4) sposta l'attenzione sul paziente, in particolare su cosa potrebbe ricercare nella relazione di cura, naturalmente secondo l'opinione del medico.

6) Secondo Lei, cosa cerca prima di tutto il suo paziente nella relazione di cura? (MAX 2 risposte)

97 risposte

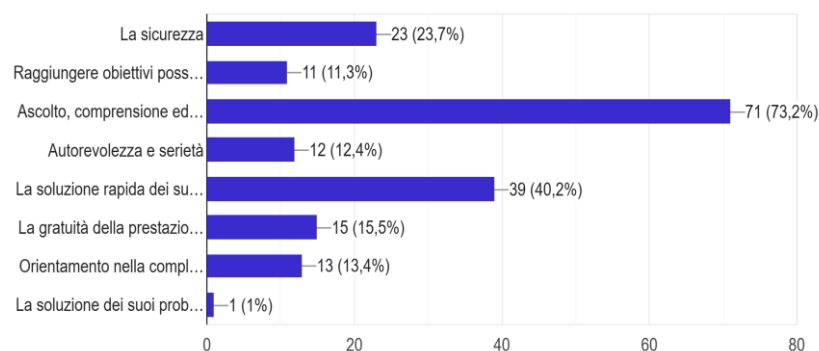


Grafico 4

La risposta che ha ricevuto di gran lunga il maggior numero di preferenze è stata **l'ascolto e la comprensione del paziente** (71%) mentre **la soluzione rapida dei problemi** è risultata la seconda risposta più scelta (40%) sebbene con una grande differenza.

Anche l'ottava domanda (grafico 5) è centrata sui pazienti, più precisamente su quei comportamenti che rendono, per il MMG, più difficoltosa la relazione di cura ed anche in questo caso c'è stata una risposta, **la richiesta di prestazioni ingiustificate**, che ha prevalso nettamente su tutte le altre (76%).

Con una percentuale vicina al 54%, il secondo comportamento più problematico è risultato quello di **mettere sullo stesso piano il parere medico con fonti inattendibili**. Con percentuali intorno al 50% delle scelte sono poi stati indicati **il comportamento aggressivo e la diffidenza** nei confronti del MMG.

8) Quali sono i comportamenti del suo paziente che rendono più difficile una buona relazione di cura? (Indichi i 3 più rilevanti)

97 risposte

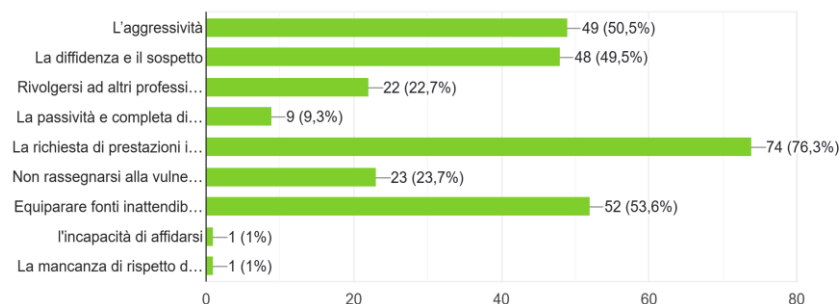


Grafico 5

Nella relazione di cura, le richieste dei pazienti sono, ovviamente, in massima parte di natura medico-sanitaria però accade spesso che siano di altro tipo, perciò con la nona domanda abbiamo chiesto ai medici quali fossero le altre richieste ritenute da essi accettabili e comprensibili.

9) In generale, a parte ovviamente le richieste di tipo medico-sanitario, quali altri tipi di richieste dei suoi pazienti sono per Lei comprensibili e accettabili? (MAX 2 risposte)

97 risposte

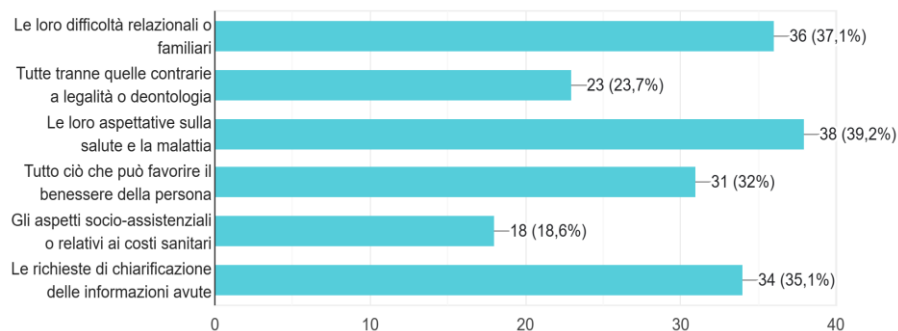


Grafico 6

Le tre risposte che hanno ricevuto il maggior numero di preferenze riguardavano: **le aspettative del paziente circa la salute o la malattia (39%)**, **le difficoltà relazionali o familiari del paziente (37%)** e **le richieste di chiarimenti sulle informazioni ricevute (35%)**.

Con la decima domanda abbiamo voluto chiedere ai rispondenti quale fosse, a loro parere, la causa principale di fallimento della relazione di cura. In questo caso, più della metà dei rispondenti (57%) ha dato come risposta **la perdita della fiducia reciproca** mentre tutte le altre risposte si sono fermate a percentuali non superiori al 10%.

L'undicesima domanda è stata di natura più operativa: poiché è alquanto diffusa fra i medici l'idea che la relazione di cura sia essa stessa una forma di terapia, abbiamo chiesto se i partecipanti ritenessero opportuna un'attività formativa al suo utilizzo. La risposta **SI** è stata quasi plebiscitaria (93%).

Infine l'ultima richiesta, a risposta libera, chiedeva ai medici di formulare a loro volta una domanda che avrebbero voluto rivolgere ai propri pazienti. In questo caso ovviamente ci sono state 97 risposte differenti ed il lavoro di analisi è consistito nell'individuare opportune categorie nelle quali raggruppare, accorpare, le risposte ricevute secondo i concetti in esse espressi e le analogie di contenuto.

Nel sottostante grafico 7 tali categorie sono indicate sull'asse verticale.

Se dovesse porre ai suoi pazienti una domanda sulla relazione di cura quale farebbe?

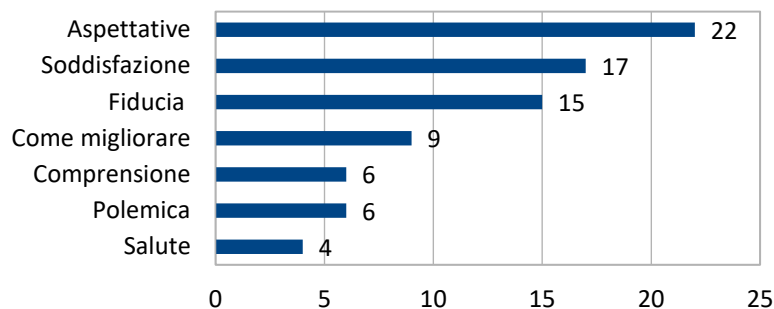


Grafico 7

La categoria più numerosa (22) è quella che raccoglie le domande sulle **aspettative del paziente** nei riguardi della relazione di cura, seguita da quella che raduna le domande (17) sulla **soddisfazione dei pazienti** circa la relazione di cura. La numerosità di queste due categorie è indicativa della prevalenza, fra i MMG, di un atteggiamento di ascolto delle opinioni dei pazienti, sia precedenti che successive all'attività relazionale. Atteggiamento confermato dalle nove domande rivolte per chiedere ai pazienti **come migliorare** la relazione di cura. Presenti anche numerose domande (15) sulla **fiducia**, per accertarne presenza e consistenza.

Risposte dei Pazienti

Il questionario somministrato ai pazienti comprendeva una sezione di tipo socio-anagrafica le cui domande hanno consentito di suddividere il campione secondo criteri utili all'analisi. Oltre all'ovvia suddivisione per genere dei rispondenti, è stato possibile stratificare il campione secondo fasce di età, principale attività esercitata, durata del rapporto di assistenza e frequenza dei contatti con il MMG.

In tal modo, oltre ad avere una visione generale delle risposte, è stato possibile valutare se le risposte stesse variassero o meno in base ai criteri su citati.

Procediamo nell'analisi delle risposte considerando il totale del campione e, qualora ci siano, evidenziando le differenze più significative dovute alle variabili di età, attività, durata del rapporto di assistenza.

La prima domanda non socio-anagrafica è la sesta del questionario e chiede ai pazienti di mettere in ordine di importanza, a proprio giudizio, alcuni aspetti del rapporto fra medico e paziente. Il grafico successivo mostra il risultato:

Metta in ordine di importanza i seguenti aspetti del rapporto fra medico e paziente

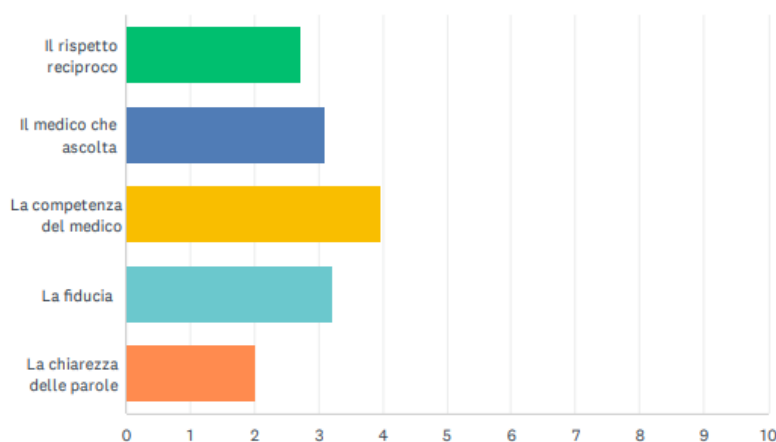


Grafico 8

Può essere interessante confrontare le risposte dei pazienti a quelle date dai medici alla domanda 6 del proprio questionario (vedi graf. 4). Ai primi due posti, sebbene invertiti, ci sono la **competenza**, che equivale alla **capacità di risolvere i problemi di salute**, e l'**ascolto**. Possiamo quindi dire che i pazienti confermano tutto sommato ciò che i medici ritengono siano le loro aspettative.

La domanda successiva riguarda invece le aspettative dei pazienti circa il comportamento del proprio MMG:

Lei cosa si attende dal Suo medico per avere un buon rapporto di cura?

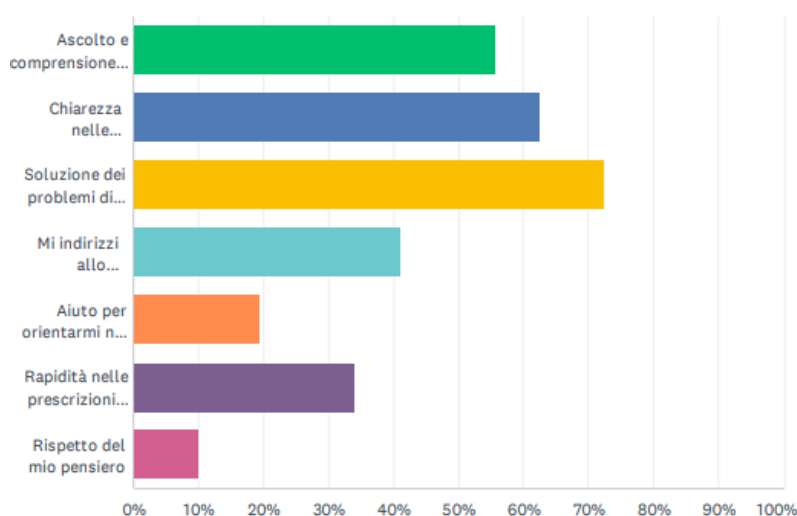


Grafico 9

La distribuzione delle risposte non solo conferma fra le priorità la **risoluzione dei problemi di salute e l'ascolto e la comprensione** ma aggiunge anche la **chiarezza nelle spiegazioni e indicazioni**.

Esaminando le risposte a questa domanda secondo le suddivisioni per età, attività e anni di assistenza (graf. 10) non compaiono significative differenze, tranne che per il gruppo degli ultra-settantacinquenni, nel quale la **chiarezza nelle spiegazioni** supera, unico caso, la soluzione dei problemi di salute.

D7 Lei cosa si attende dal Suo medico per avere un buon rapporto di cura?(scegliere 3 risposte)

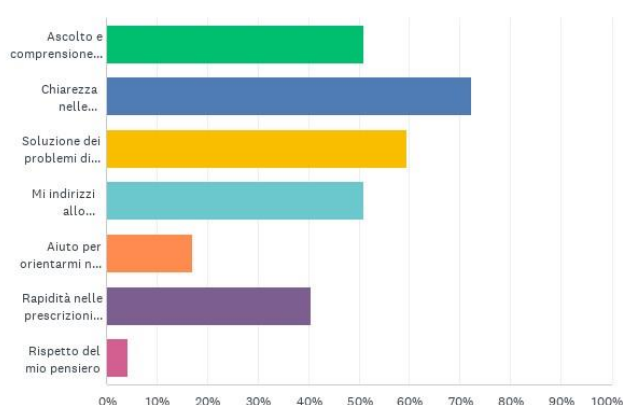


Grafico 10

La domanda n.8 può considerarsi complementare all'ultima domanda del questionario sottoposto ai MMG (grafico 7) perché riguarda quali aspetti, secondo il paziente, interessano al medico mentre la domanda aperta ai medici chiedeva quale domanda essi avrebbero posto ai pazienti.

Secondo Lei, il Suo medico è interessato a conoscere i seguenti aspetti?

Risposte: 216 Saltate: 5

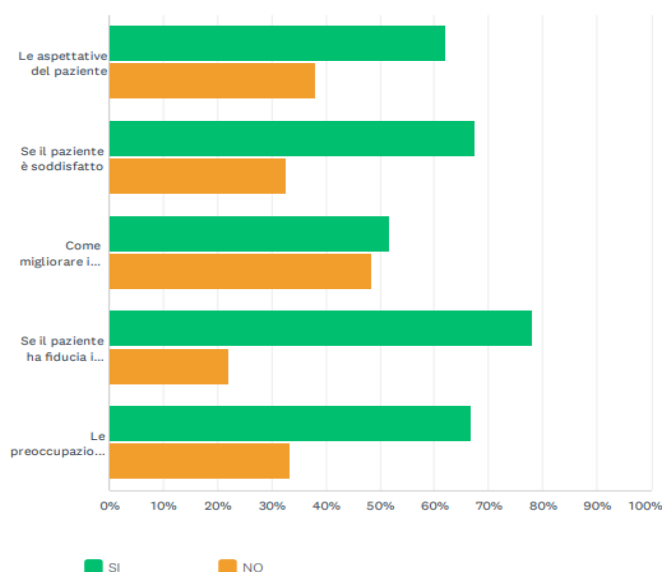


Grafico 11

Dalle risposte dei pazienti emergono sostanziali concordanze ma anche qualche differenza rispetto agli interessi che i MMG manifestano attraverso le proprie risposte: ad esempio, i pazienti confermano che, a proprio parere, i medici sono interessati a conoscere le loro aspettative così come avevano dichiarato i MMG.

Stesso discorso vale per l'interesse alla fiducia del paziente (a questa domanda quasi l'80% dei pazienti risponde affermativamente) e per la soddisfazione del paziente. Per quanto riguarda l'interesse a migliorare la relazione di cura (che solo 9 MMG su 97 hanno scelto come argomento di domanda da fare al paziente) anche i pazienti hanno la percezione che questo aspetto interessi meno al MMG, tant'è che poco più del 50% risponde SI ed il NO raggiunge la più alta percentuale rispetto alle altre risposte.

La nona domanda è fra le principali del questionario perché è incentrata sui **comportamenti** del MMG, piuttosto che sulle opinioni del paziente, in modo da dare più concretezza alle possibili considerazioni.

Poiché il grafico 12 che sintetizza le risposte risulterebbe piuttosto complicato come lettura ho deciso di dividerlo in due parti.

La domanda, alla quale si poteva rispondere con gli avverbi di tempo mai, raramente, spesso o sempre, era così formulata: **Quante volte il suo medico si comporta così?**

Seguiva un elenco di dieci possibili comportamenti tenuti dal medico di cui questi sono i primi 5:

- 1) *Mi lascia parlare con calma, senza mettermi fretta*
- 2) *Sembra distratto*
- 3) *Mi fa domande per approfondire*
- 4) *E' superficiale*
- 5) *Si informa sulle mie preoccupazioni*

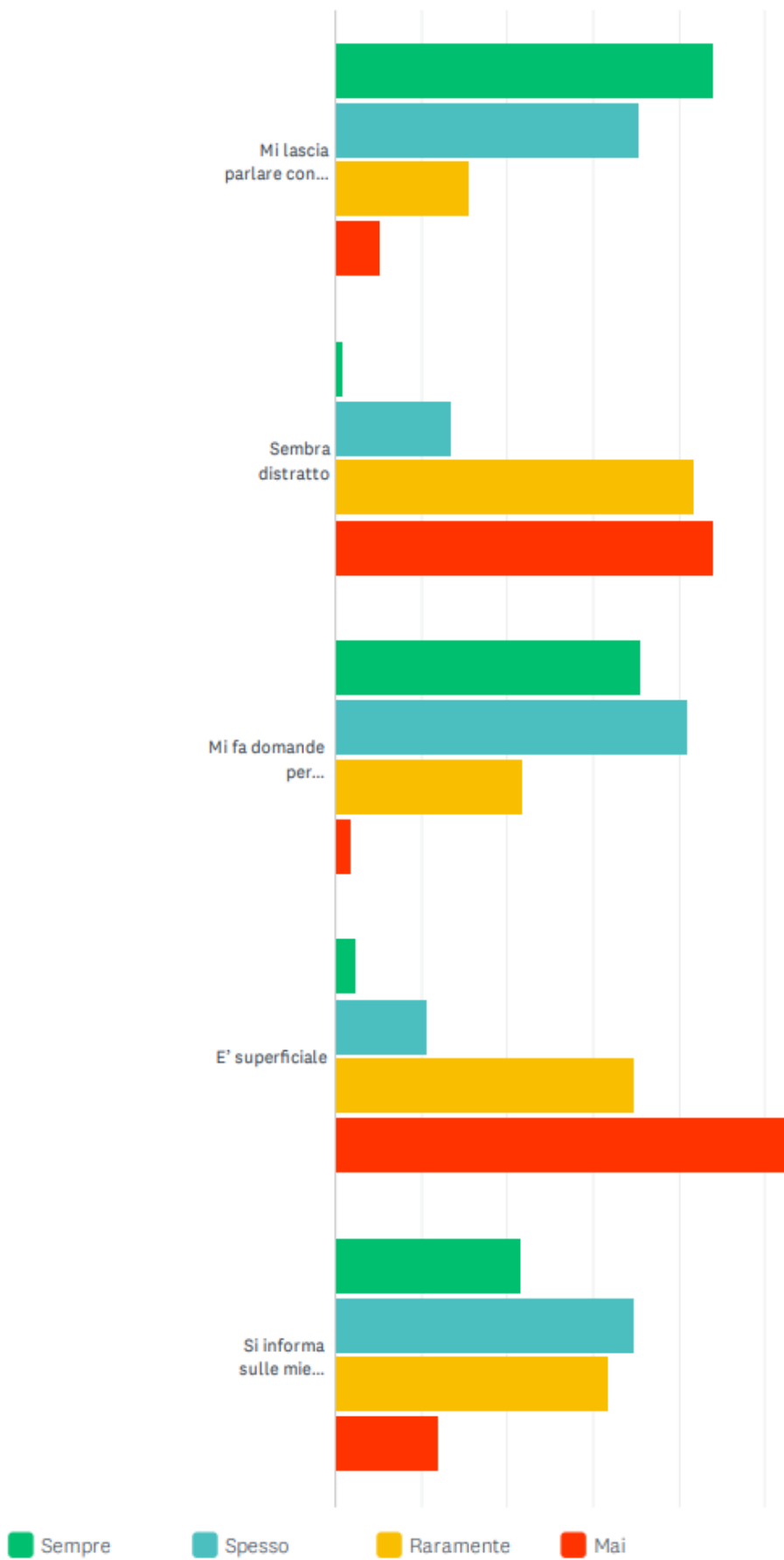


Grafico 12 / I

I successivi 5 comportamenti, per i quali i pazienti dovevano indicare la frequenza, sono i seguenti:

- 6) *Decide con me cosa è meglio fare*
- 7) *Mi dice che il medico è lui/lei*
- 8) *Parla con parole chiare*
- 9) *Mi manda dallo specialista*
- 10) *Segue tutto il mio percorso di cura*

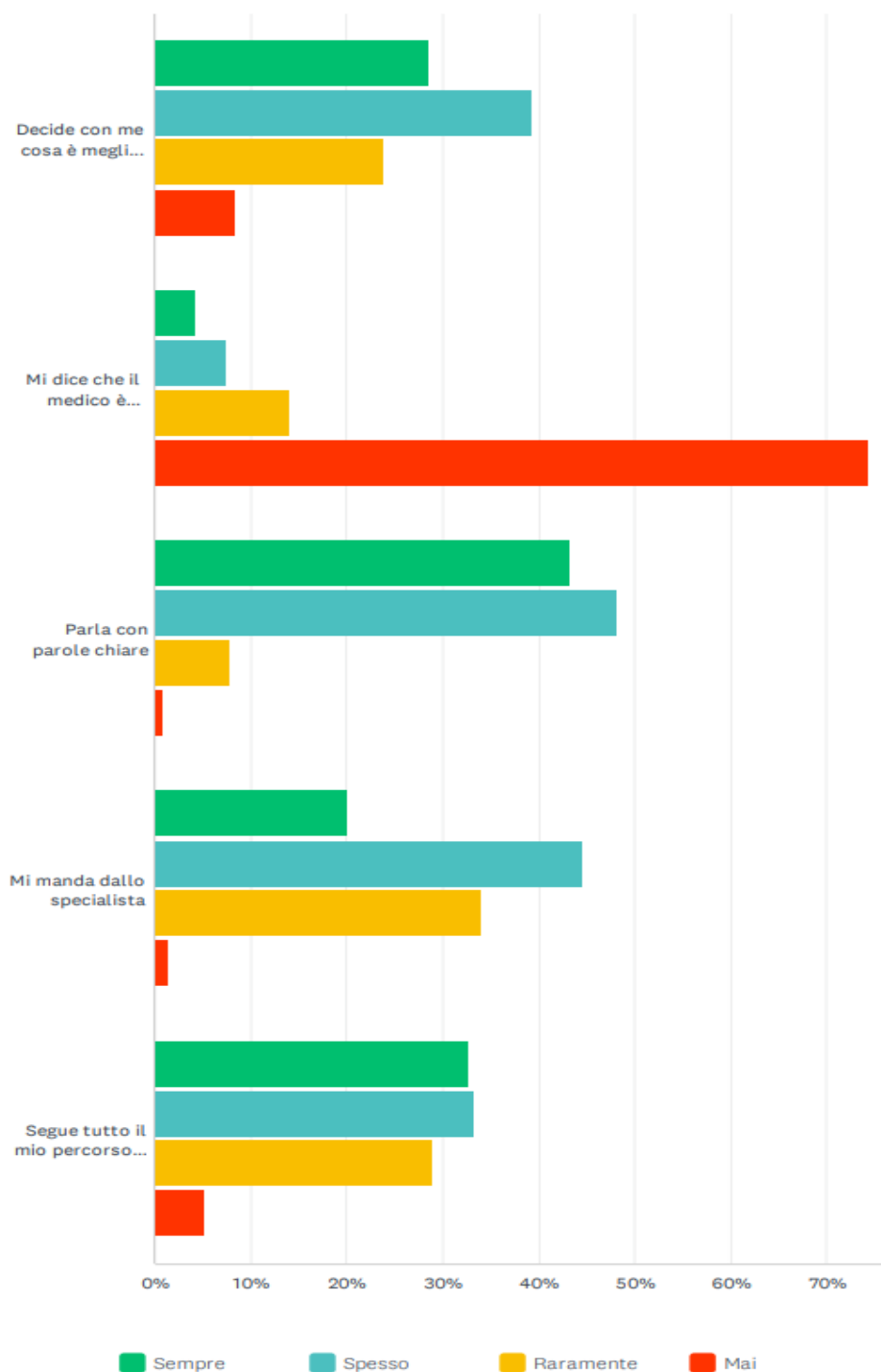


Grafico 12 / II

Dall'analisi delle risposte appare innanzitutto che i comportamenti più **“negativi”** sono quelli che raccolgono le percentuali di **“mai”** più elevate. In particolare è da sottolineare che la percentuale più alta (75%) riguarda il comportamento del medico **“autoritario”**, quello che rivendica la propria superiorità derivante dalla conoscenza medica. Da questa percentuale di risposta si potrebbe dedurre che questa tipologia di medico, ancora presente anche in un recente passato, sia ormai in via di estinzione.

Di converso, le risposte alle domande sui comportamenti **“virtuosi”**, dedicati all'ascolto, alla comunicazione approfondita e chiara, alla condivisione e al monitoraggio del percorso di cura, raggiungono percentuali di **“spesso”** e **“sempre”** che, se sommate, rappresentano una prevalenza schiacciante.

Dopo una domanda molto analitica e dettagliata come quella appena descritta, la domanda successiva invece è piuttosto sintetica in quanto richiede al rispondente di esprimere una valutazione numerica, da uno a dieci, della propria **fiducia** per il MMG.

Il risultato finale di **7,2** è ampiamente positivo e non presenta significative differenze se si considerano l'età, l'attività o gli anni di assistenza, se non per un lieve maggiore punteggio nei *cluster* dei pazienti in pensione e più anziani.

Anche le domande successive sono di tipo sintetico e richiedono una valutazione numerica, da uno a cinque, di alcuni aspetti organizzativi degli studi medici dei MMG.

Le prime due riguardano il **tempo di attesa** nello studio e la **facilità di contattare** il medico, indipendentemente dagli strumenti utilizzati.

Il punteggio raggiunto dalle risposte è stato di **3,2** e **3,1**, rispettivamente, perciò sicuramente positivo anche se non eccellente.

Per quanto riguarda differenze significative nel punteggio legate alle caratteristiche socio-anagrafiche dei rispondenti, non se ne riscontra la presenza, salvo nel caso della **facilità di contattare** il medico valutata con un punteggio di **2,9** dai pensionati mentre coloro che hanno un'attività lavorativa assegnano un punteggio di **3,5**. Questa differenza potrebbe essere dovuta anche ad una maggiore frequenza d'uso del secondo gruppo di strumenti quali *e-mail* e *social network*.

Le ultime due domande sono le uniche facoltative del questionario poiché riguardano aspetti organizzativi che non sono presenti in tutti gli studi medici, ossia **l'accesso per appuntamento** o la presenza di **personale di segreteria**.

Questi due aspetti raggiungono lo stesso punteggio di **3,4**, che è leggermente superiore ai punteggi delle altre due caratteristiche organizzative però occorre tener conto che, poiché non tutti gli studi medici prevedono questi aspetti, i rispondenti sono stati inferiori circa del 35% rispetto al totale del campione.

Anche per questi due gruppi di risposte non emergono particolari differenze se le esaminiamo in base alle variabili dell'attività occupazionale o degli anni di assistenza mentre si può notare che la **fascia di età 56-65 anni** è quella che apprezza di più (**4,0** e **4,1** i punteggi) l'appuntamento e la segreteria.

CONCLUSIONI

Le modalità di selezione dei campioni indagati più su ricordate non consentono di commentare in termini statistici né la loro numerosità è tale da potersi sbilanciare in considerazioni e affermazioni che non siano quantomeno prudenti. Detto questo, possiamo però, legittimamente, fare alcune riflessioni sui dati ottenuti perché essi, comunque, esprimono il parere di persone che conoscono in modo approfondito il tema oggetto dell'indagine o perché quotidianamente lo sperimentano con i propri assistiti oppure perché, più o meno frequentemente, lo vivono con il proprio MMG.

Un aspetto che emerge piuttosto chiaramente dall'analisi delle risposte è che la maggioranza dei MMG ritiene elementi fondamentali nella relazione di cura la fiducia e la comunicazione con il paziente considerandoli propedeutici ad un altro elemento essenziale, ossia la conoscenza incrementale del paziente sia nella dimensione dello spazio, rappresentata dal suo corpo, che in quella del tempo, data dalla durata della relazione.

Questa attenzione verso i propri assistiti è confermata dal considerare la visione olistica, globale, dei pazienti come il vantaggio principale di una buona relazione di cura, al punto da investire nella stessa la propria capacità di relazione, in via prioritaria.

Spostando l'attenzione dei rispondenti verso l'altro polo della relazione di cura, il paziente, emerge una grande disponibilità del MMG all'ascolto e alla comprensione dei suoi bisogni, anche di quelli non propriamente legati alla salute e alla cura. Non manca poi la consapevolezza che, da parte del paziente, è ben presente una richiesta, anche pressante, di soluzione dei problemi, con azioni che diano sicurezza e tranquillità.

Indagando sui comportamenti dei pazienti che rendono problematica la relazione, è interessante notare che i più citati riguardano soprattutto il ruolo del medico, come fare ad esempio richieste inappropriate o equiparare fonti più o meno attendibili al suo parere. Solo dopo troviamo quei comportamenti rivolti più propriamente alla persona, come l'aggressività o l'atteggiamento sospettoso e diffidente.

Anche le risposte dei pazienti sembrano confermare la richiesta di ascolto, comprensione e chiarezza nelle spiegazioni, precedute solo da quella della soluzione ai problemi di salute.

Queste osservazioni di aspetti prettamente relazionali mi consentono di introdurre alcune considerazioni riguardanti la relazione di cura, valutandola come caso particolare delle relazioni che, più in generale, intercorrono fra un professionista ed i suoi clienti.

Chi è un professionista? E' colui che *professa* di conoscere meglio dei suoi clienti la natura di certe materie. Chi pratica una professione non solo esercita individualmente la licenza di fare cose che gli altri non fanno ma pretende di dire alla società di cui fa parte ciò che è buono e giusto per quanto riguarda un certo aspetto della vita. Quando una tale pretesa è riconosciuta come legittima, nasce una professione nel senso pieno del termine.¹

Il disagio sociale spesso si mostra proprio nella messa in discussione di queste prerogative delle principali professioni. In tempi di crisi sociale, può emergere una domanda generale di maggiore conformità al pensiero e alla prassi dei profani.²

¹ E.C.Hughes, *Lo sguardo sociologico*, Il Mulino ed., 2010, pag. 231.

² Ibidem, pag.234

Durante la pandemia dovuta al Covid-19, non sono stati infrequenti gli episodi di contestazione della cosiddetta “autorità costituita” rappresentata di volta in volta dai provvedimenti governativi nazionali, regionali o locali. Nonostante le autorità sanitarie cercassero di accreditare e legittimare le proprie decisioni facendo ricorso al sapere scientifico, non sono mancate contrarietà da parte di ampie fasce della popolazione. Senza entrare nel merito delle possibili cause che andrebbero indagate più opportunamente con gli strumenti della psicologia sociale, registriamo che quest’atteggiamento di dissenso si manifesta a volte in forme “minori” che riguardano il ruolo sociale di alcune professioni, in genere quelle che godono di un elevato prestigio sociale. Fra queste, la professione medica è sicuramente la più emblematica e quella con cui si entra in relazione in maniera più diffusa e frequente.

In questa cornice teorica possiamo allora esaminare il rapporto fra medico e paziente e la relazione di cura da una prospettiva un po’ diversa rispetto a quelle solitamente utilizzate nella maggior parte dei lavori scientifici presenti in letteratura. In questi studi infatti prevale un approccio di tipo individualistico, cioè orientato ad esaminare la relazione medico-paziente partendo da quelle caratteristiche peculiari dei due protagonisti, quali la personalità psicologica, la capacità di empatia, l’abilità comunicativa e altre cosiddette *soft-skill*.

Se guardiamo alla relazione di cura fra medico e paziente come a un caso particolare della relazione fra professionista e cliente, dobbiamo iniziare col dire che, proprio perché professa, il professionista chiede che gli venga accordata fiducia, pretende di essere creduto, anche perché il cliente, nella maggior parte dei casi, non è in grado di valutare il servizio o l’opera ricevuti. Infatti, una peculiarità del rapporto professionale consiste nel fatto che, a differenza di altri tipi di scambi di beni dove vige generalmente la norma della prudenza da parte dell’acquirente (*let the buyer beware*), nell’ambito della relazione professionale, compresa quella di cura, il cliente deve avere un atteggiamento di fiducia nella buona fede del professionista (*buyer must have faith*).

In realtà il paziente si rivolge al medico con un atteggiamento che spesso è un misto di fiducia e diffidenza, come testimonia quel detto popolare secondo cui i medici sono giudicati bravi solo quando “imbroccano” la diagnosi o la terapia, a sottolineare una quota di imponderabilità insopprimibile nella professione medica. Ecco che allora apprezzamento e disistima, deferenza e arroganza si alternano nella considerazione del paziente per il curante, condizionandone il comportamento e quindi la relazione stessa. Non bisogna però cadere nella tentazione di attribuire tale comportamento alla personalità del singolo paziente né alla qualità della prestazione professionale del medico, che pure giocano un ruolo importante. La disponibilità o la competenza del medico, la sincerità e la stima del paziente sono secondari rispetto al ruolo che i due interlocutori svolgono all’interno della relazione di cura, le cui modalità di interazione fanno parte di un modello socialmente strutturato, come Robert K. Merton ha dimostrato.³

L’origine degli atteggiamenti e dei comportamenti contraddittori dei pazienti è da ricercare nel contesto in cui ha luogo la relazione e nelle norme sociali che la regolano. Tali norme, infatti, definiscono la continuità del rapporto e la sua durata, conferiscono l’autorità al curante, determinano che medico e paziente diano valutazioni differenti sulla qualità della prestazione professionale.

³ R.K.Merton, *Sociological Ambivalences and Other Essays*, The Free Press, 1976.

Prendiamo ad esempio il contesto in cui avviene la relazione di cura: colui che ricorre al curante è in una condizione di doppio svantaggio perché da un lato ha dei problemi che sono fonte di ansia e dall'altro perché, rivolgendosi al professionista, ammette la sua incapacità di risolvere i problemi autonomamente. Da qui nasce l'ambivalenza di atteggiamento nei confronti del professionista della salute perché l'ansia e la dipendenza fanno nascere i sentimenti contrapposti di fiducia e sfiducia, speranza e timore, stima e disistima. Tale ambivalenza è poi alimentata da un altro aspetto della norma sociale che prevede la continuità del rapporto con il curante affinché questi possa approfondire il caso in questione, vincolando in tal modo il paziente in una relazione più difficilmente scindibile rispetto ad altre transazioni o scambi di mercato.

In altre parole, prima che il paziente sia indotto a cambiare curante deve raggiungere un grado di insoddisfazione maggiore di quello necessario a recidere qualsiasi altro tipo di rapporto professionale. Tutto ciò consente di distinguere gli elementi interpersonali della relazione da quelli strutturati socialmente, evidenziando come la norma sociale sulla durata della relazione condiziona l'esito della stessa, anche quando si è in presenza di un certo grado di conflittualità tra i due contraenti, a differenza di quanto comunemente si crede, ossia che quanto più un rapporto è soddisfacente tanto più si tende a conservarlo nel tempo o, al contrario, quanto più è insoddisfacente tanto prima lo si interrompe.

Gli studi che dimostrano come una ridotta continuità di cure sia associata ad un più alto rischio di mortalità⁴ non sono in contraddizione con quanto su affermato piuttosto lo confermano perché, proprio a causa delle norme sociali, la relazione si protrae anche in presenza di un certo grado di conflittualità consentendo, a volte, di raggiungere un accordo che può stabilizzare la relazione fino a farla diventare duratura.

Altro elemento di ambivalenza nella relazione di cura è l'autorità attribuita dalle norme sociali al medico che, per quanto legittima, suscita comunque in chi la subisce sentimenti altalenanti di accettazione e rifiuto, ammirazione e disprezzo.

Ogni medico ha il compito di indicare al paziente il comportamento da adottare in una data situazione ma queste indicazioni non sempre risultano gradite perché molto spesso richiedono responsabilità, rinunce o sacrifici. Per questo l'autorità professionale può talvolta aumentare l'ansia del paziente, alimentando in lui il timore di non essere all'altezza di fronteggiare la situazione, inoltre può creare una sorta di dipendenza psicologica del soggetto più debole verso quello più forte con conseguente timore del rifiuto o dell'abbandono.

Un'altra norma sociale che alimenta l'ambivalenza del rapporto medico-paziente è quella che regola il ruolo del paziente imponendogli di rivelare al curante notizie riservate e personali. Tutto ciò se da un lato rappresenta un sollievo perché il paziente ha così modo di condividere i suoi problemi con qualcuno in grado di aiutarlo, dall'altro lato genera ostilità verso chi riceve tali confidenze perché chi si confida rinuncia a volte al proprio pudore e si mostra per quello che magari non vorrebbe che gli altri sapessero.

Infine, un'altra dimostrazione di come il comportamento appropriato prescritto dalle norme sociali sul ruolo del paziente possa generare tensione e ostilità consiste nel fatto che, se è vero che il ruolo sociale del medico gli impone di risolvere nel miglior modo

⁴ O. Maarsingh et al., *Continuity of care in primary care and association with survival in older people: a 17-year prospective cohort study*, BJGP, 2016, DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686101>

possibile i problemi del paziente è anche vero che il suo guadagno, diretto o indiretto, deriva proprio dall'esistenza di tali problemi. Questo paradosso produce un'ulteriore ambivalenza nella relazione di cura perché il paziente potrebbe sospettare che il curante ne prolunghi senza motivo la durata per suo tornaconto, viceversa un rapporto professionale di breve durata può far pensare ad un approccio superficiale e poco attento. Tutte queste ambivalenze, fonti di ostilità in una relazione che per definizione è basata sulla fiducia, si manifestano a causa delle norme sociali che regolano i comportamenti di ruolo dei rispettivi attori.

Per concludere questa applicazione dell'ambivalenza nei rapporti professionali alla specificità della relazione di cura, ci soffermiamo sull'ultima fase della stessa cioè quella della valutazione dei risultati. E' molto probabile che il paziente, non avendo quasi sempre le competenze adeguate e un adeguato distacco per una valutazione oggettiva, tenderà a sottovalutare i risultati ottenuti se non corrisponderanno alle sue aspettative mentre il medico giudicherà i risultati in base a ciò che realisticamente ci si poteva attendere, date le condizioni iniziali. Tutto ciò è dovuto non tanto a personalità psicologiche particolarmente esigenti, scontrose o autoritarie, quanto al fatto che ai ruoli e agli status sociali sono sottesi valori, conoscenze e interessi molteplici che fanno adottare punti di vista dissimili nel valutare la stessa situazione.

Probabilmente la sfida più impegnativa per i professionisti della salute nei prossimi anni sarà l'applicazione della cosiddetta Intelligenza Artificiale al mondo della medicina e sarà molto arduo competere in termini di rapidità di confronto dei dati, diagnosi differenziale e altre pratiche mediche a cui siamo abituati, con algoritmi che analizzano in pochi secondi milioni di dati. Però l'ultimo confine, l'estremo baluardo ad una totale disumanizzazione della relazione di cura può essere rappresentato proprio dal sapere inserire questa relazione in un contesto sociale che solo gli esseri umani, almeno al momento, sono in grado di comprendere, con le sue implicazioni culturali, valoriali, morali e, non per ultimo, etiche.

Rispondere ad una tale sfida affidandosi solo alle capacità empatiche, comunicative o di analisi psicologica potrebbe essere un errore poiché molte delle valutazioni del paziente sono collegate alle proprie aspettative riguardo l'esito delle cure e tali aspettative, come già detto, sono anche influenzate dai ruoli sociali e dagli status degli attori protagonisti della relazione. Non è escluso che un paziente possa preferire di essere curato da un computer al quale comunque egli si sentirebbe superiore in quanto essere umano e che vedrebbe in modo totalmente strumentale, senza quelle implicazioni di soggezione, riconoscenza, rispetto o deferenza che sono così fortemente incardinate nelle relazioni di cura, e non solo in quelle, della nostra società.

Ringraziamenti:

Ringrazio i medici che hanno partecipato ai focus group preliminari: Antonella, Irene, Alessandro, Andrea, Antonio, Enrico, Francesco, Giulio, Nicolò, Paolo, Sandro, Stefano, Vito. Ad essi aggiungo Mario per le stimolanti riflessioni condivise.

Un grazie sincero alle persone che ho intervistato per avere il punto di vista del paziente: Paola, Caterina, Patrizia, Michela, Lucia, Mariangela, Francesca, Giovanni, Ugo, Tommaso, Marco, Giacomo.

Un particolare ringraziamento a Giorgio, Antonia, coordinatrice del Centro sociale “Bepi Borina” di Noventa Padovana e a Carla della Scuola della Salute di Montagnana per il prezioso supporto alla diffusione dei questionari.