



# **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA (FISPPA)**

**LAUREA IN CULTURA, FORMAZIONE E SOCIETÀ' GLOBALE**

**Sociologia**

**L'ARTE DELLA CURA: SENTIRE LE FORME, TOCCARE I  
COLORI. UNA RICERCA ATTRAVERSO STORIE,  
RACCONTI E NARRAZIONI DI MEDICI DI MEDICINA  
GENERALE E OSPEDALIERA**

**Relatore: Prof. Salvatore LA MENDOLA**

**Laureanda: Vania TRENTIN**

**matr.n.2024277**

**a.a.2022/2023**



## RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il Professor Salvatore La Mendola per avermi seguita e accompagnata, con pazienza e dedizione, in ogni fase del mio lavoro di tesi, i medici narratori per la loro disponibilità nel narrare e raccontarsi e tutte le persone che mi hanno messa in contatto con i medici

*LA CURA*

*Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie  
Dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via  
Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo  
Dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai*

*Ti solleverò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore  
Dalle ossessioni delle tue manie  
Supererò le correnti gravitazionali  
Lo spazio e la luce per non farti invecchiare*

*E guarirai da tutte le malattie  
Perché sei un essere speciale  
Ed io, avrò cura di te*

*Vagavo per i campi del Tennessee  
Come vi ero arrivato, chissà  
Non hai fiori bianchi per me?  
Più veloci di aquile i miei sogni  
Attraversano il mare*

*Ti porterò soprattutto il silenzio e la pazienza  
Percorreremo assieme le vie che portano all'essenza  
I profumi d'amore inebrieranno i nostri corpi  
La bonaccia d'agosto non calmerà i nostri sensi*

*Tesserò i tuoi capelli come trame di un canto  
Conosco le leggi del mondo, e te ne farò dono  
Supererò le correnti gravitazionali  
Lo spazio e la luce per non farti invecchiare*

*Ti salverò da ogni malinconia  
Perché sei un essere speciale  
Ed io avrò cura di te  
Io sì, che avrò cura di te*

*(Franco Battiato)*

## INDICE

INTRODUZIONE .....	6
CAPITOLO I Punto: salute, ben-essere e mal-essere.....	12
1.1 L'aiuto e la cura: chi sta sotto all'ombrello? .....	17
1.2 La cura nelle scienze sociali .....	20
1.3 La relazione di aiuto e la relazione di cura .....	23
CAPITOLO 2 Linea: prestare cura e ricevere cura .....	28
2.1 Prendersi cura di sé, dell'altro e degli altri .....	33
2.2 La cura della relazione o relazione di cura?.....	37
2.3 Emozioni e fiducia nella relazione di cura.....	49
CAPITOLO 3 Superficie di fondo. Ripensare alla cura e a chi si prende cura: uno sguardo al futuro.....	63
CAPITOLO 4 Composizione VIII: la ricerca.....	73
4.1 Metodologia .....	76
4.2 Obiettivi .....	81
4.3 Risultati della ricerca .....	82
4.3.1. Il percorso professionale .....	84
4.3.2. L'area dell'esperienza di cura .....	89
4.3.3. Processo di cura.....	105
4.3.4. Relazione di cura.....	114
4.3.5. Bisogni .....	132
4.3.6. Tecnologia.....	144
4.3.7. Futuro .....	148
4.3.8. Opinioni.....	156
4.3.9 Analisi del contenuto delle interviste dialogiche .....	160
CAPITOLO 5 Conclusioni .....	166
BIBLIOGRAFIA .....	180

## INTRODUZIONE

In un contesto storico e culturale in cui il concetto di “salute” viene visto dai sociologi come una costruzione sociale e culturale entro uno spazio politico, ha preso forma questo lavoro di ricerca che si è posto l’obiettivo di comprendere, approfondire, la modalità e il processo della relazione di cura e delle modalità di quest’ultima.

Come un quadro di Vasilij Kandinskij questo lavoro di tesi è nato dalla curiosità di poter comprendere, se e come, il processo della relazione di cura è mutato nel tempo a seguito anche all’evento epidemiologico della Sars-Covid 19 che ha investito l’intera popolazione mondiale in questi ultimi anni e in particolare il mutamento delle procedure di cura.

L’idea di partire dalle opere di Kandinskij è legata al fatto che, come ogni lavoro si presenta come un insieme di varie parti con un singolo significato che se unito agli altri ne danno la compostezza e l’unità dell’opera all’interno della cornice dell’opera stessa, anche questo lavoro di tesi vuol essere un insieme di più tematiche per poter poi giungere a trattare il tema più ampio che riguarda la cura negli aspetti di relazione, procedure e modalità.

La scelta di questo artista non è casuale, ma ha un significato che nasce ancor prima di mettere mano al lavoro di tesi poiché è stato un po’ come una musa ispiratrice attraverso le forme, i colori, i tratti che egli rappresenta nella sua composizione numero VIII. I suoi dipinti dei primi anni del secolo sono paesaggi eseguiti a spatola, all’inizio ombrosi, e poi di un’intensità quasi fulva; questo periodo è caratterizzato dalla sperimentazione tecnica, in particolare dell’uso della tempera su carta scura, per dare l’illusione di una superficie illuminata da dietro in trasparenza.

A Murnau, Kandinskij crea i primi lavori in cui, utilizzando colori accesi e antinaturalistici, dipinge immagini prive di volume e sperimenta sulle forme e sui colori, dando così il via all’astrazione dal reale e del normale, proprio come la definizione di salute, dello star bene che contempla uno stato fisico, reale concreto ma anche psichico che ne è l’astrattezza. Le forme e i colori accesi sono la cura, la relazione di cura; quel processo che prende forma attraverso l’interazione tra due o più soggetti come una linea retta o curva che si intersecano in alcuni punti. Lo spettatore delle opere di Kandinskij è particolarmente disorientato dal modo in cui usa la linea e questo disorientamento lo

troviamo anche nella relazione di cura, in quel processo che evolve tra il medico e il paziente. Come l'artista affronta la pittura astratta attraverso tre gruppi di opere, che anche nelle loro denominazioni indicano il legame dell'arte di Kandinskij con la musica, ossia "impressioni", "improvvisazioni" e "composizioni". Per l'artista le impressioni sono i quadri nei quali resta ancora visibile l'impressione diretta della natura esteriore, così anche il benessere e il prendersi cura è fatto di impressioni; composizioni in cui alla costruzione ci partecipa il cosciente, definiti attraverso una serie di studi proprio come lo è la medicina e in particolare la cura; infine, le improvvisazioni, quelli nati improvvisamente dall'intimo e inconsciamente.

Kandinskij, nelle sue opere, espone le sue teorie sull'uso del colore, intravedendo un nesso strettissimo tra opera d'arte e dimensione spirituale. Il colore può avere due possibili effetti sullo spettatore: un "effetto fisico", superficiale e basato su sensazioni momentanee, determinato dalla registrazione da parte della retina di un colore piuttosto che di un altro; un "effetto psichico" dovuto alla vibrazione spirituale (prodotta dalla forza psichica dell'uomo) attraverso cui il colore raggiunge l'anima. Esso può essere diretto o verificarsi per associazione con gli altri sensi. L'effetto psichico del colore è determinato dalle sue qualità sensibili: il colore ha un odore, un sapore, un suono. Tutto ciò è un po' come succede nel prendersi cura dell'altro: la cura farmacologica prende in considerazione il sintomo e il corpo che lo manifesta, la relazione invece si occupa della psiche della persona, delle sue emozioni, delle sue vibrazioni.

Come per l'artista i colori hanno un significato, anche i sintomi, per il medico hanno un significato. Il rosso, ad esempio, risveglia in noi l'emozione del dolore, non per un'associazione di idee (rosso-sangue-dolore), ma per le sue proprie caratteristiche, per il suo "suono interiore". Kandinskij utilizza una metafora musicale per spiegare quest'effetto: il colore è il tasto, l'occhio è il martelletto, l'anima è un pianoforte con molte corde. Il colore può essere caldo o freddo, chiaro o scuro. Questi quattro "suoni" principali possono essere combinati tra loro: caldo-chiaro, caldo-scuro, freddo-chiaro, freddo-scuro. Il punto di riferimento per i colori caldi è il giallo, quello dei colori freddi è l'azzurro. All'interno dei colori vi è un movimento, come nella relazione: uno "orizzontale" ed uno "radiante". Il giallo è dotato di un movimento radiante che lo fa avanzare verso lo spettatore rispetto al piano in cui è fisicamente, inoltre è dotato di un movimento eccentrico-centrifugo perché si allarga verso l'esterno, abbaglia, respinge. L'azzurro è dotato di un movimento orizzontale che lo fa indietreggiare dallo spettatore ed è dotato

di un movimento concentrico-centripeto perché si avvolge su sé stesso, esso creando un effetto di immersione attira lo spettatore. Kandinskij, sempre in base alla teoria secondo la quale il movimento del colore è una vibrazione che tocca le corde dell'interiorità, descrive i colori in base alle sensazioni e alle emozioni che suscitano nello spettatore, paragonandoli a strumenti musicali. Anche nella cura, nell'entrare in relazione con l'altro si toccano le corde dell'interiorità e si percepiscono emozioni e sensazioni e durante il processo di costruzione della relazione, vi è movimento e non staticità. Rimanendo nell'ambito dei colori, Kandinskij si occupa dei colori primari (giallo, blu e rosso) e poi dei colori secondari (arancione, verde, viola) ciascuno dei quali è frutto della mescolanza tra due primari, come avviene per il medico che si occupa del sintomo e anche della persona nella sua interezza generata dall'unione e mescolanza dell'essere con l'ambiente. Se pensassimo ai significati dei colori che hanno per l'artista, potremmo fare un parallelismo con quello che sono i diversi aspetti della cura. Il giallo è dotato di una follia vitale, prorompente, di un'irrazionalità cieca; viene paragonato al suono di una tromba, di una fanfara. Il giallo indica anche eccitazione, quindi, può essere accostato spesso al rosso pur differenziandosi da quest'ultimo. Il rosso è caldo, vitale, vivace, irrequieto ma diverso dal giallo, perché non ha la sua superficialità. L'energia del rosso è consapevole, può essere canalizzata. Più è chiaro e tendente al giallo, più ha vitalità, energia. Il rosso medio è profondo, il rosso scuro è più meditativo. È paragonato al suono di una tuba. L'azzurro è il blu che tende ai toni più chiari, è indifferente, distante, come un cielo artistico; è paragonabile al suono di un flauto. Inoltre, il blu scuro viene paragonato al suono di un organo. Il blu è il colore del cielo, è profondo; quando è intenso suggerisce quiete, quando tende al nero è fortemente drammatico, quando tende ai toni più chiari le sue qualità sono simili a quelle dell'azzurro, se viene mischiato con il giallo lo rende malto, ed è come se la follia del giallo divenisse "ipocondria". In genere è associato al suono del violoncello. L'arancione esprime energia, movimento, e più è vicino alle tonalità del giallo, più è superficiale; è paragonabile al suono di una campana o di un contralto. Il verde è assoluta immobilità in un'assoluta quiete, fa annoiare, suggerisce opulenza, compiacimento, è una quiete appagata, appena vira verso il giallo acquista energia, giocosità. Con il blu diventa penseroso, attivo. Ha i toni ampi, caldi, semigravi del violino. Il viola, come l'arancione, è instabile ed è molto difficile utilizzarlo nella fascia intermedia tra rosso e blu. È paragonabile al corno inglese, alla zampogna, al fagotto. Il marrone si ottiene mischiando il nero con il rosso, ma essendo l'energia di quest'ultimo fortemente sorvegliata, ne consegue che esso risulti ottuso, duro, poco dinamico. Il grigio è l'equivalente del verde,



ugualmente statico, indica quiete, ma mentre nel verde è presente, seppur paralizzata, l'energia del giallo che lo fa variare verso tonalità più chiare o più fredde facendogli recuperare vibrazione, nel grigio c'è assoluta mancanza di movimento, che esso volga verso il bianco o verso il nero. Il bianco è dato dalla somma (convenzionale) di tutti i colori dell'iride, ma è un mondo in cui tutti questi colori sono scomparsi, di fatto è un muro di silenzio assoluto, interiormente lo sentiamo come un non-suono. Tuttavia, è un silenzio di nascita, ricco di potenzialità; è la pausa tra una battuta e l'altra di un'esecuzione musicale, che prelude ad altri suoni. Il nero è mancanza di luce, è un non-colore, è spento come un rogo arso completamente. È un silenzio di morte; è la pausa finale di un'esecuzione musicale; tuttavia, a differenza del bianco (in cui il colore che vi è già contenuto è flebile) fa risaltare qualsiasi colore. La cura è tutto ciò, una mescolanza di colori caldi e freddi con significati intrinseci ed estrinseci e come tutte le composizioni pittoriche che sono formate dal colore, essa è formata dalla relazione tra l'operatore sanitario e l'utente e prende forma nella realtà. Nella composizione VIII di Kandinskij, come nelle altre sue opere, il colore viene associato a una forma privilegiata per scaturirne effetti e emozioni. Anche l'orientamento delle forme sulla superficie è importante, come lo è la direzione della relazione di cura, ad esempio il quadrato su un lato è solido, consapevole, statico mentre su un vertice è instabile e gli si assocerà un rosso caldo, non uno freddo e meditativo. La composizione di un quadro non deve rispondere ad esigenze puramente estetiche ed esteriori, piuttosto deve essere coerente al principio della necessità interiore: quella che l'autore chiama onestà. Il bello non è più ciò che risponde a canoni ordinari prestabiliti. Il bello è ciò che risponde a una necessità interiore, che l'artista sente come tale, proprio come il prendersi cura dell'altro, degli altri in cui ci si adatta per un obiettivo comune e condiviso.

Come per Kandinskij il punto è il primo nucleo del significato di una composizione e nasce quando il pittore tocca la tela, così il primo punto dell'opera della cura è il contatto, telefonico, fisico, oculare, ... per poi tracciarne la linea dal punto in movimento e può essere orizzontale, verticale, diagonale, spezzata, curva, mista, sottile, marcata, spessa, variabile come il processo della relazione di cura.

La cura e la relazione di cura avvengono all'interno di un contesto, di una cornice sia esso ospedaliero che ambulatoriale e acquista significato al suo interno ed è un po' come la superficie su cui Kandinskij destina il contenuto della sua opera delimitato da due linee orizzontali e due verticali e può dare accentuazione alle forme girando la tela e

sfruttandone i piani diversi fin dalla creazione dell'opera con la lucidità e la consapevolezza artistica e anche il professionista sanitario è un'artista della sua opera di cura.

La Composizione VIII viene letta come un paesaggio montuoso con un sole in alto a sinistra; dove la suggestione emana da elementi rigorosamente geometrici, a eccezione, della serpentina che si avvolge su un segmento di retta attraversando il triangolo (o un monte) azzurro aperto e sfumato verso il basso. Triangoli, quadrati e cerchi, le tre forme base si bilanciano nello spazio, emanando stimoli diversi a seconda dei colori che a esse si associano. È soprattutto il cerchio che inizia a dominare in questo momento, spesso circondato da un'aureola sfumata di un tono freddo o caldo e contrastante. Protagonista della Composizione VIII, anche per la dimensione e la posizione decentrata verso l'angolo già occupato dall'immagine del sole, è la forma nera ad anello che copre una porzione di quella circolare, più piccola, rossa. Il cerchio, simbolo della perfezione divina, è uno degli elementi che rafforzano la tesi della persistenza di un insopprimibile romanticismo in Kandinskij. (Covre, 2022) Nella Composizione VIII di Kandinskij del 1923, ogni linea ha un significato ed entrando nel dettaglio dell'analisi dell'opera, le linee triangolari rappresentano tensione, quelle orizzontali rappresentano un sentimento di calma, quelle circolari rappresentano movimento. Qualsiasi riferimento alla realtà è assente in Composizione VIII e sono i colori i veri protagonisti, come lo sono il medico e il paziente, ma ciò che potrebbe differenziare quest'opera da quella della cura è il fatto che in quest'ultima vi è un collegamento logico con ciò che ci circonda mentre non vi è nella Composizione VIII e lo spettatore può avere una visione del quadro del tutto propria e individuale.

La cornice entro cui si muove e si compone questo lavoro di tesi è il benessere. Le singole parti che compongono tutto il lavoro sono in primis la definizione della cornice stessa entro cui ci si muove per poi fare un distinguo tra la relazione di aiuto e la relazione di cura attraverso un excursus tra le scienze sociali per definirne la cura stessa per poi soffermarmi sulla relazione di aiuto e di cura.

Nel capitolo primo viene fatta una panoramica su quello che è il concetto di salute, benessere e malessere e sulla cura e la relazione di cura per poi affrontare nel secondo capitolo tutto ciò che è il prestare e ricevere cura prendendosi cura di sé stessi, dell'altro e degli altri attraverso non solo la pratica medica, ma con la relazione.

Nel terzo capitolo si volge uno sguardo al futuro ripensando a quella che sarà la cura e le modalità di essa stessa e nel capitolo successivo viene descritta la ricerca con la sua metodologia e gli obiettivi per poi delinearne gli aspetti emersi.

## CAPITOLO I Punto: salute, ben-essere e mal-essere

“Il colore è un mezzo che consente di esercitare un influsso diretto sull'anima.

Il colore è il tasto,

l'occhio il martelletto, l'anima è il pianoforte dalle molte corde.

L'artista deve esercitare non solo i suoi occhi, ma anche la sua anima.”

(V. Kandinskij)

La salute globale è emersa negli ultimi anni come un concetto volto a pensare la salute nei termini di un processo implicato nella complessa trama delle dinamiche economico-politiche, tanto locali quanto globali, che caratterizzano la realtà sociale e in quanto tale essa è, e non può che essere, una manifestazione della dimensione collettiva della nostra esistenza e come tale si configura nei termini di un bene comune. (Quaranta, 2014)

Per poterne dare una definizione di salute, si potrebbe considerare quanto lo stesso Kandinskij scrisse nel suo libro a proposito dell'analisi delle sue opere, per poi poter giungere a una migliore comprensione.

Ogni fenomeno geometrico può essere vissuto in due diverse maniere che non sono arbitrarie ma legate da fenomeni, esse vengono derivate dalla natura dei fenomeni, da due loro proprietà: esterno e interno. Si può osservare la strada stando dietro il vetro della finestra: i rumori ne vengono attutiti, i movimenti diventano fantomatici e la strada stessa appare come un'entità separata. Oppure si apre la porta: si esce dall'isolamento, ci si immerge in questa entità, vi si diventa attivi e si partecipa a questo pulsare della vita con tutti i propri sensi. Le altezze e i ritmi dei suoni in continuo mutamento avvolgono gli uomini, salgono turbinosamente e cadono all'improvviso paralizzati. Come nell'opera d'arte abbiamo la possibilità di entrare nell'opera, di divenirne parte attiva e di vivere con tutti i sensi la sua pulsazione, anche la salute, e in particolar modo il ben-essere o il mal-essere lo possiamo vedere dall'interno o dall'esterno.

Se consideriamo il punto di vista interno e pensiamo a quando ci chiedono come stiamo, noi diciamo come ci sentiamo in quel preciso istante, comunichiamo ciò che ci sentiamo, proviamo. Quello che è dentro di noi lo portiamo fuori perché lo stiamo guardando da dentro. E allora che cos'è per noi la salute? Il ben-essere o il mal-essere? Salute è quando si sta bene, ma quando è che si sta bene? Star bene con sé stessi, con il proprio essere,

con il proprio corpo, con gli altri? Oppure non avere alcuna malattia, nessun sintomo? Se si pensa allo stare in salute, viene in mente una persona che non ha alcuna malattia, alcun sintomo che può essere dal semplice dolore, o il banale raffreddore ma vi possono essere persone che per loro, lo star bene, è anche in una situazione di fragilità o di disabilità perché in quel momento la loro situazione è entrata a far parte di esso ed è diventata una normalità e non più uno stato di malessere. La definizione di salute, se la si guarda internamente, si potrebbe sostenere che è soggettiva, mentre se dovessimo darne una definizione esterna, il concetto di salute è ben di più della semplice affermazione di “stare bene”.

Salute deriva da “Salus”, che è il nome di una divinità romana. Salus si occupava del benessere e della felicità. Questi concetti trovavano applicazione in un primo momento allo Stato e poi furono estesi ai cittadini. Oggi si è venuto affermando il concetto di *salute globale* inteso come bene indivisibile che lega in un destino comune tutto il genere umano. Il concetto di mondializzazione della malattia comincia ad emergere nel 1492, data della scoperta dell’America che, senz’altro, costituisce una tappa fondamentale nella storia dell’umanità, allargando l’area delle relazioni umane attraverso i collegamenti sempre più intensi tra i due mondi prima del tutto inesistente. Solo, però, nell’Ottocento l’analisi si è fatta più approfondita e specifica allargandosi all’integrazione di altri aspetti psicologici, sociali, economici e politici. Con questa integrazione, il concetto di salute si afferma come bene comune indivisibile e diventa una condizione fondamentale per la pace e la sicurezza. Un concetto che non è più legato solamente all’assenza di malattia, ma a una concezione ben più ampia che include la percezione culturale dell’evento malattia, oltre ai processi messi in atto per le cure e le strategie da attuare per sconfiggere la malattia stessa. Questi aspetti rimandano al problema della rappresentazione sociale della malattia che è frutto di una negoziazione culturale e in quanto tale, subisce continui adattamenti e trasformazioni. (Longo, 2012)

Dare una definizione di salute scissa dal suo opposto che è la malattia, appare arduo. Salute e malattia, nelle diverse epoche storiche, hanno visto un continuo mutare delle pratiche culturali ad esse legate. L’evoluzione della società ha messo in luce il cambiamento dell’interpretazione dell’evento malattia che, inizialmente, veniva considerata come una sanzione inflitta per colpe in un orizzonte animistico-religioso; ad esempio, l’origine delle pestilenze e delle carestie era ricondotta a un’infrazione di un divieto o alla dimenticanza di un sacrificio o alla violazione di una norma sacra. Nel

Medioevo la salute corrispondeva alla salvezza dell'anima. L'idea che la salute del corpo non aveva alcun particolare valore se privata della salute dell'anima. Con il pensiero moderno, al contrario, si è assistito alla transizione da una interpretazione normativa a una interpretazione causale, che considera la malattia l'effetto di cause naturali. Ogni civiltà possiede una propria definizione di salute e di malattia e nella cultura Occidentale la salute è configurata come oggetto meritevole di tutela mediante l'azione dello Stato che interviene a prevenire e a reprimere i danni che possono derivare all'organismo attraverso la malattia.

L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) ha dato la definizione di *salute* e viene definita come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente assenza di malattia o infermità. Il godimento del più alto livello possibile di salute è uno dei fondamentali diritti di ogni essere umano senza distinzione di razza, religione, credenza politica, condizione economica o sociale”*. La definizione che ne dà l'OMS scardina il concetto che vede salute e malattia e ne dà una nuova visione dello stato di benessere che non deriva soltanto dall'ambito sanitario ma diventa un concetto multifattoriale. L'idea di fondo che vede questa nuova visione della salute secondo l'OMS, deriva dalla credenza che il miglioramento della salute globale contribuirebbe al mantenimento della pace mondiale: salute e pace erano considerate inseparabili poiché si riteneva che la salute fosse connessa al benessere socioeconomico e che quest'ultimo avrebbe assicurato la pace tra le nazioni. Sempre dalla definizione data dall'OMS, emerge un altro aspetto che riguarda la relazione tra il sé e il corpo rendendo così il benessere di quest'ultimo indistinguibile da quello del sé all'interno riconoscendone la relazione tra ambiente e benessere fisico dell'individuo. A tal proposito è bene soffermarsi a riflettere che se la definizione dell'OMS vede il benessere legato all'ambiente, al contesto in cui vive la persona, allo stesso tempo ne consegue il fatto che proprio la cultura ne definisce il concetto di malattia, ne distingue ciò che è normale da ciò che non lo è, pertanto una situazione viene considerata sana nel momento in cui è conforme allo stile di vita proposto dalla società; tanto che nel tempo e nelle diverse società sono stati ritenuti patologici stili di vita e pratiche come la masturbazione e l'omosessualità. Inoltre, il concetto di benessere e salute si avvicina molto a quella che è la felicità pur essendo fondato il fatto che se una persona gode di buona salute sia felice, ma non è l'unico elemento che contribuisce a ciò e pertanto si corre il rischio di cadere nel binomio “salute è felicità” e viceversa, giungendo poi al punto di medicalizzare tutto ciò che non corrisponde a questa emozione.

Ma allora che cos'è la salute? Alcuni studiosi ne hanno data una definizione. Ad esempio, Christopher Boorse sostiene che la salute corrisponde al normale funzionamento del corpo dove la normalità è statistica e le funzioni sono biologiche. La salute è un bene desiderabile e di conseguenza si possono individuare delle condizioni indesiderabili legate al fisico come l'altezza, la coordinazione motoria ma il fatto di possedere tali caratteristiche al di sotto della media, non significa che si è portatori di una malattia, nonostante nel linguaggio clinico le condizioni patologiche vengano definite "anormali" e la normalità venga interpretata in termini statistici. Se si pensa ad alcuni parametri medici come il peso, la pressione sanguigna, il metabolismo, sono misure statistiche nel cui punto di normale finisce e inizia la "anormalità" che assume significato attraverso l'uso di etichette (ad esempio sotto una certa altezza si definisce nanismo o al contrario gigantismo). Tuttavia, la normalità statistica non è la condizione necessaria e sufficiente per definirne la salute poiché non è detto che una persona che presenta delle caratteristiche nella norma, non abbia bisogno di un trattamento medico.

Altri studiosi come Huber, hanno definito salute come la "capacità di adattarsi e di auto-gestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive". Con questa definizione, la persona fa fronte alle situazioni che gli si presentano dinanzi per poter mantenere il suo equilibrio, la sua integrità e tutto ciò lo realizza attraverso le proprie risorse. Emergono così tre ambiti in cui il soggetto si destreggia: fisico, mentale e sociale. A livello fisico, e anche mentale, l'organismo si adatta all'ambiente circostante facendo fronte alle situazioni di stress che ne derivano dalle variazioni dell'ambiente; in ambito sociale, invece, è la capacità della persona di gestire la propria vita rendendola degna di essere vissuta attraverso la ricerca continua di un equilibrio tra opportunità e limitazioni. Questi tre ambiti sono tra loro legati e un disequilibrio e un mutamento in uno di essi, si ripercuote negli altri due e il soggetto si trova a doversi destreggiare in modo attivo fin tanto che venga mantenuto un buon grado di equilibrio tra tutti. Da tale definizione di Huber si può dedurre, allora, che salute non è solo assenza di malattia, ma essa dipende dal buon funzionamento dell'organismo in questi tre ambiti.

In definitiva essere in salute, godere di buona salute, come sosteneva lo stesso Winnicott, non sempre è sinonimo di assenza di malattia, nonostante tutti vogliano vivere una vita senza malattie o patologie, liberi dallo stare in uno stato di malattia, ma la condizione di benessere fisico, psichico e sociale e la salute investe molti ambiti della vita

di una persona e pertanto è limitante fermarsi ad un'analisi della mera e semplice assenza di malattia.

Il benessere è un punto invisibile, un po' come lo è il punto geometrico nelle opere di Kandinskij, un'entità immateriale, il punto equivale a uno zero. Ma in questo zero si nascondono diverse proprietà che sono umane. All'interno della scrittura, nella nostra rappresentazione il punto geometrico è il più alto e assolutamente l'unico legame fra silenzio e parola, è il simbolo dell'interruzione, del non essere e allo stesso tempo è un ponte da un essere a un altro essere ed è un po' come la malattia. Un punto che interrompe la salute e il benessere, ma allo stesso tempo fa da ponte tra di esse. La malattia è un punto, quando irrompe si cela per attimo il silenzio, proprio come nella scrittura in cui il punto fa circondare il linguaggio dal silenzio e pure se pensiamo in senso astratto o immaginato, il punto è idealmente piccolo, idealmente rotondo e nella sua forma reale può assumere un numero infinito di figure. La sua forma circolare può diventare dentellata, può sviluppare un'inclinazione verso altre forme geometriche e verso forme libere. Non si possono fissare limiti e il regno dei punti è sconfinato, proprio come lo è la malattia. È sufficiente, allora, un punto per creare un'opera? È sufficiente l'assenza di malattia per creare benessere? Come il punto posto al centro di una superficie di fondo, può creare un'opera, la malattia posta come al centro come criterio di definizione per la salute, ne decreta il risultato stesso, ma il benessere è una composizione di più punti ed ogni punto è un'entità chiusa in sé stessa e piena di possibilità. Il punto stesso perde la vita e dà origine a una nuova entità, che vive una vita nuova, autonoma e obbedisce quindi a leggi proprie e questa è la linea che verrà trattata nel secondo capitolo. (Kandinskij, 2022)

Da tutto ciò si potrebbe dedurre che l'essere in salute può essere definito non solo con un'accezione negativa, come un'assenza di patologie e rischi che compromettono le normali attività di un individuo fino a metterne a rischio la stessa sopravvivenza, ma più precisamente – come peraltro suggerisce fin dal 1947 la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità – tenendo anche conto della sua dimensione positiva, può essere esplicitato come stato di benessere delle condizioni psicofisiche dell'individuo. L'essere in salute rappresenta dunque la preconditione necessaria affinché «una persona abbia piena capacità di misurarsi con la realtà, al fine di realizzare sé stessa in modo proporzionale ai valori, ai compiti, ai bisogni, alle aspirazioni, alle potenzialità individuali che essa si pone,



all'interno di un contesto sociale che avanza delle domande e introduce dei vincoli che la persona deve poter negoziare efficacemente». (Mascagni, 2010)

Le modalità con cui una persona percepisce il benessere fisico e psicologico, variano da una società all'altra e anche all'interno della stessa in quanto le culture si mescolano e mutano di continuo; pertanto, l'idea su cosa sia la salute, è legata alla cultura anche se viene definita secondo i parametri clinici e di cura e di patologia che in qualche modo, standardizzano la natura umana. All'interno di questo assunto, cultura e medicina andrebbero di pari passo e l'una definisce l'altra, in qualche modo, poiché la medicina dovrebbe favorire la costruzione culturale del benessere e la cultura non dovrebbe essere trascurata in relazione alla salute e alle pratiche di cura.

A questo punto è necessario soffermarsi su quali siano i bisogni legati al benessere e quali fattori influenzino questa condizione di vita. Una volta individuati i bisogni necessari per lo stato di salute, ci si dovrebbe occupare del loro soddisfacimento, affinché tale situazione venga realizzata e mantenuta. Tra i bisogni che è necessario soddisfare per poter avere un buon stato di salute, vi rientrano la nutrizione adeguata, l'igiene, la sicurezza, le condizioni di vita e di lavoro, lo stile di vita salutare, le dipendenze, l'alimentazione, la qualità dei trasporti. Tali bisogni sono legati a fattori sociali ed economici e diversi studi dimostrano come quest'ultimi influenzino la salute degli individui. Lo stress, lo sviluppo infantile, il lavoro e il reddito, la disoccupazione, l'esclusione sociale, sono tutti elementi che hanno un'influenza sul benessere fisico e psicologico di una persona.

Pertanto, alla luce di quanto visto fino ad ora, la salute, il benessere non è la semplice assenza di malattia, ma è un concetto molto più ampio.

## 1.1 L'aiuto e la cura: chi sta sotto all'ombrello?

Per poter rispondere al quesito se è la cura o l'aiuto che sta sotto l'ombrello dell'altro, è innanzitutto necessario darne una definizione sia di *aiuto* che di *cura*.

La parola *aiuto* significa protezione, assistenza, soccorso prestato a qualcuno che si trova in difficoltà e l'atto di aiutare o fornire aiuto sta nell'azione di prestare soccorso

verso qualcuno che si trovi in difficoltà o in pericolo. Si pensi, ad esempio, quando qualcuno ci chiede di aiutarlo nel compiere un'azione o nello svolgere un compito.

Mentre *cura* è definita come l'impegno assiduo e diligente nel perseguire un proposito o nel praticare un'attività, nel provvedere a qualcuno o a qualcosa; premura, dedicarsi, è un interessamento solerte e premuroso per qualcuno o per qualcosa, ma se pensiamo alla *cura* in ambito sanitario, essa è intesa come il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche relative a determinate malattie o a stati morbosi generali.

Mortari riconduce al termine “cura”, un termine polisemico che se da un lato indica lo stesso sforzo di vivere, l'arte dell'esistere, dall'altro sottolinea il bisogno di sapersi calare sull'uomo ferito, senza paura di perdere parte di sé, ma allo stesso tempo senza il bisogno del legame con la persona curata. Si tratta di evitare la fusione dove la stessa relazione verrebbe meno, mantenendo però una presenza significativa. (Melchiorre, 2018)

Caputo definisce la *cura* come quel processo proteso a chiarire il senso dell'esistenza e a spalancare le porte al proprio altro. Il termine fa riferimento al “diventare sé stessi” nel complesso rapporto io-tu. Nella sua matrice propriamente umana, che è possibile rinvenire poeticamente nella favola mito della cura, attribuita allo scrittore latino Gaio Giulio Igino, ripresa da Heidegger quando parla della cura come radice dell'esistenza, viene alla luce la consapevolezza del potere dell'attività di cura rispetto alla quale si misura la qualità e il senso stesso dell'esistere umano. (Caputo, 2014)

Ma la cura è solo tutto ciò? Che cosa significa curare? Se si guarda all'etimologia della parola “cura” rimanda a due direzioni: in latino *cor urat*, letteralmente “che scalda il cuore” e dall'altra una radice che rimanda al sanscrito *kau* e che potremmo tradurre con “osservare”, “guardare”. Come dice la Lonati sul suo libro, l'esperienza della cura è proprio questo: guardare l'altro con il cuore perché prendersi cura non è eseguire semplicemente delle azioni, è assai di più; è orientare il cuore, inteso come punto di sintesi della comprensione, al bisogno dell'altro, assumere il punto di vista, senza per questo farsi travolgere da un'empatia emozionale che toglie lucidità, confonde e disorienta. Accogliere il bisogno dell'altro e filtrarlo attraverso una sorta di empatia cognitiva che non sia un'ondata di sentire ma che orienti l'agire, che si traduca in piccoli e grandi gesti tangibili, concreti. La cura è il primo passaporto della cittadinanza, è la prova della cittadinanza. Chi è curato e assistito è cooptato, ammesso, riconosciuto perché la parola

cura contiene un po' di cuore. Ma la radice *kau* vuol dire osservare, accompagnare, avere una relazione con gli altri, con il prossimo (Lonati, 2022)

A questo punto si potrebbe affermare che l'aiuto fa da ombrello alla cura e quest'ultima è una forma di aiuto in quanto si dà protezione, assistenza a qualcuno impegnandosi in modo assiduo e diligente, dedicandosi all'altro.

Tendenzialmente quando si parla di *cura* si pensa in primis all'ambito sanitario in quanto si identifica la cura associata alla malattia o a uno stato patologico, ma se si pensa ad un genitore che si prende cura del proprio figlio durante il suo periodo di crescita, si esce da questo ambito. L'utilizzo del termine *cura* nel gergo quotidiano ha avuto diversi impieghi, basti pensare alle case di cura, alle cure terapeutiche, alle cure domiciliari, un sostantivo che si è legato sempre più all'ambito sanitario piuttosto che nella sua essenzialità del suo significato, tanto che pian piano sono stati idealizzati e realizzati dei luoghi di cura, strutture fisiche che sono sorte dalle prime cure che venivano prestate nelle case delle persone, per poi migrare in luoghi strutturati ed organizzati come gli ospedali poiché l'assistenza ai malati costituisce il cuore delle grandi religioni, nello specifico il buddhismo, l'ebraismo, il cristianesimo e l'islam.

Come descritto in Sociologia della salute, l'ospedale serve per la cura dei malati ed ha un compito terapeutico. L'ospedale come "macchina per curare i malati" prenderà forma nel corso del XVIII secolo. Lo spazio interno dell'ospedale deve essere organizzato "in modo da essere terapeuticamente efficace: non più luogo d'assistenza, ma luogo di azione terapeutica. L'ospedale deve funzionare come una "macchina per guarire". In termini negativi, bisogna sopprimere tutti i fattori che lo rendono pericoloso per coloro che vi soggiornano (ad esempio il problema della circolazione dell'aria che deve essere ricambiata in continuazione per impedire che i miasmi o le sue qualità mefitiche passino da un malato all'altro; problema del ricambio della biancheria, del suo lavaggio, del suo trasporto). In termini positivi, bisogna organizzarlo in funzione di una strategia terapeutica concertata: presenza ininterrotta e privilegio gerarchico dei medici, sistema di osservazione, annotazione, registrazione che permetta di fissare la conoscenza dei differenti casi e seguire la loro evoluzione. Bisogna attendere la "nascita della clinica" perché la medicina e i medici si appropriino dell'ospedale facendone un luogo nel quale si comincia davvero a curare i corpi dei malati. (Carricaburu, 2007) L'ospedale, come luogo principe di cura, assolve alla funzione terapeutica, di custodia, di protezione e socializzazione venendo ad essere una vera e propria istituzione in cui vi presta la sua

opera il personale formato e specializzato per poter offrire un aiuto sempre più adeguato alle esigenze altrui. Come in tutte le istituzioni e quindi anche all'interno dell'ospedale, si può osservare una forma di autorità dettata dal ruolo che le persone vi rivestono al suo interno. Emergono due linee di autorità, una profana (rappresentata dall'amministrazione) e l'altra professionale (incarnata dai medici). Queste due linee di autorità coabitano all'interno dell'ospedale, sapendo che vi sono "zone ibride", cioè settori in cui chi vi opera è suscettibile di essere soggetto a queste due linee che si intrecciano. È il caso della farmacia, della radiologia o anche del pronto soccorso. Quindi l'ospedale può essere visto come una struttura all'interno della quale coesistono un sistema amministrativo e un sistema professionale, aventi ciascuno un proprio dispositivo di regolazione in un dualismo che genera una situazione di tensione interna permanente. Al di fuori di esso, della struttura, gli ospedali sono obbligati ad adattarsi a decisioni esterne sulle quali non hanno alcun potere. Questi cambiamenti strutturali li hanno costretti, a livello locale, a evolvere e ad adattarsi diventando agenti della propria trasformazione specializzandosi sempre più attraverso una medicina di prestigio ad alta tecnologia e un contesto sempre più tecnico in cui il paziente è partecipe all'attività medica. (Carricaburu, 2007)

## 1.2 La cura nelle scienze sociali

Come visto nel paragrafo precedente, la definizione che ne dà l'Organizzazione Mondiale della Salute nel 1946, in merito al sostantivo stesso di salute, è un concetto molto ampio che prende in considerazione, oltre agli aspetti medici/sanitari, anche altri, portando così le scienze sociali ad interessarsi di salute. Da quel momento non sono solo i medici a interessarsi e ad occuparsi di salute ma anche l'economista, lo storico, l'antropologo, il sociologo, lo psicologo e altre figure come l'economista, lo storico, il demografo, il giurista che non rientrano tra le scienze sociali. Ci si rende così conto che i concetti di salute e malattia sono socialmente costruiti, che non possono essere considerati neutri in quanto intimamente legati alle relazioni sociali e alle strutture di potere presenti nella società

In ambito sociologico ci si è interessati all'ambito medico in cui avviene la cura, o ancora meglio, alle professioni che operano in ambito medico e a tal proposito viene posta una distinzione tra *sociologia della medicina*, praticata da ricercatori che non

appartengono all'istituzione medica e *sociologia nella medicina* praticata da sociologi in seno alle facoltà di medicina, le cui preoccupazioni rispecchiano quelle dei professionisti della medicina. Secondo Johnson, una volta che l'ambito della medicina è divenuto un settore importante per le due scuole di pensiero dominanti (interazionisti e funzionalisti), la sociologia medica è decollata negli Stati Uniti. Per i funzionalisti, la professione è la "formula del domani delle società moderne". La professione medica verrà messa criticamente a tema da Talcott Parsons per il quale le professioni costituiscono un elemento centrale dello sviluppo della società contemporanea nella sua funzione di controllo sociale. Per gli interazionisti, invece, sulla scia di Everett Hughes, la professione medica è vista come un mestiere fra gli altri. Gli studi sociologici condotti nell'ambito della cura, fino agli anni Sessanta, hanno riguardato soprattutto gli ospedali destinati al trattamento delle malattie croniche e l'etnografia ospedaliera si è articolata in tre direzioni: sia investendo nel mondo sociale del paziente, sia documentando le complesse relazioni fra pazienti e personale curante, sia mettendo l'accento sul fatto che gli esiti di un'ospedalizzazione spesso dipendono direttamente dal carattere della relazione tra pazienti e quella fra curanti e curati. (Carricaburu, 2007)

L'anno di svolta, in cui l'intera Europa fu protagonista di una rivoluzione sia industriale che scientifica, fu il 1848. In quel periodo la medicina iniziò ad essere considerata come una scienza sociale poiché si occupava dell'essere umano in quanto tale. Virchow osservò che non era una pura coincidenza il fatto che nel corso del XIX secolo scoppiò un'epidemia accompagnata poi dalle rivolte sociali. Egli osservava che la presenza della malattia epidemica rimandava direttamente agli squilibri sociali. Il diffondersi del colera fu l'input per delle riforme sociali e sanitarie di quel tempo e allo stesso tempo sensibilizzò l'opinione pubblica su temi di fondamentale importanza come la relazione fra malattia e condizione sociale, il ruolo dello Stato nel trattamento e prevenzione, la legittimità della classe media nel pretendere fiducia pubblica.

In quel periodo storico iniziarono ad emergere alcuni fattori importanti legati alle condizioni sociali in quanto era cambiata la situazione degli operai nelle fabbriche, i trasporti evolvevano e comportavano dei problemi ambientali, aumentava progressivamente il divario tra ricchi e poveri. Questo cambiamento inoltre investì anche la scienza che si adoperò per trovare nuovi strumenti. Uno tra questi fu l'analisi quantitativa della salute sviluppata all'inizio del XIX secolo dall'astronomo Jacques Quetelet, il quale sostenne che le scienze sociali erano in grado di dare un contributo

significativo per le riforme istituzionali. Egli applicò i metodi propri dell'analisi matematica, utilizzati in astronomia, ad alcune ricerche demografiche. Si andava inoltre diffondendo l'idea che la salute dipendesse essenzialmente dalle condizioni ambientali e sociali dell'ambiente in cui le comunità si trovavano a vivere e tale pensiero comportò una ridefinizione stessa del concetto di salute pubblica, che dalla seconda metà dell'Ottocento in avanti fu considerata un problema di carattere ingegneristico, piuttosto che un problema di ordine medico-scientifico. La scienza si focalizzò sulla prevenzione delle malattie epidemiche piuttosto che sul perseguimento della salute tanto che la prevenzione divenne compito delle scienze politiche ed economiche che apportarono delle riforme sanitarie. Nel tardo Ottocento, Herbert Spencer introdusse l'idea che il comportamento sociale fosse determinato biologicamente e in tal modo egli trasformò il darwinismo in una teoria sociologica in cui il meccanismo della selezione naturale, la ribattezzò in "sopravvivenza del più adatto" comportando così un "lasciar fare" in cui chi resisteva, attraverso il suo cambiamento, ne avrebbe giovato in termini di sopravvivenza. Chadwick, invece, metteva in chiaro l'evidenza che fossero le classi sociali più deboli e i soggetti più deprivati ad essere maggiormente esposti alle epidemie e a malattie di ogni genere, e che avevano una mortalità precoce più alta.

Tutti questi cambiamenti avvennero attraverso dei processi sociali che andarono via via integrandosi e incorporandosi in forme più complesse.

Anche il concetto di *malattia* mutò nel tempo. A livello sociologico, la malattia viene interpretata come devianza. I sociologi la descrivono come uno stato sociale più che biologico; quindi, essa sarà considerata uno stato *sociale deviante* indotto da un comportamento legato a uno stato biologico carente. La malattia costituisce una devianza sociale rispetto alla quale le cure mediche rappresentano il meccanismo di controllo appropriato per ristabilire l'equilibrio sociale che essa minaccia. La professione medica organizza la sua attività in relazione a una disfunzione biologica. Una persona viene definita malata quando i suoi sintomi, i suoi dolori, a fronte di un consulto medico o della lettura di esami clinici, indicano una "anormalità". La malattia dal punto di vista medico, viene allora considerata come una devianza rispetto alle norme biologiche della salute. Sradicare questa anomalia o questa devianza biologica costituisce l'obiettivo principe dell'attività medica. Il medico si inserisce in un processo che consiste nella diagnosi poi nel trovare un rimedio in grado di agire e infine nell'applicazione di tale rimedio affinché l'organismo ritorni alla situazione che precedeva la malattia, cioè allo stato di buona

salute. Anche Parsons considera la malattia una forma di devianza che deve essere neutralizzata riportando la persona malata alle attività sociali che era solita svolgere prima della malattia. Quindi la medicina è vista come il meccanismo grazie al quale la società tenta di controllare tale devianza e di mantenere l'ordine sociale, la stabilità. La funzione essenziale del medico in effetti è quella di controllore sociale: rappresentando e comunicando le norme sanitarie, il medico controlla la devianza rappresentata dalla malattia. (Carricaburu, 2007)

### 1.3 La relazione di aiuto e la relazione di cura

La relazione esprime il legame tra due o più persone e tale rapporto può fondarsi su sentimenti, come amore, simpatia, amicizia, come anche su passatempi condivisi o impegni sociali e/o professionali. È un ponte comunicativo che permette di scambiarsi idee ed emozioni. Tali relazioni hanno luogo in ogni contesto umano. Più relazioni si intessono e più si forma una rete sociale attorno alla persona. Il concetto di rete viene presentato da Degenne e Forsè (1994) come un nuovo paradigma delle scienze sociali. È un approccio di tipo induttivo e cerca di spiegare le relazioni che uniscono attori individuali e collettivi. (Carricaburu, 2007) L'uomo è per definizione un animale sociale e il suo bisogno primario lo spinge ad entrare in contatto con gli altri; un bambino fin dalla nascita si relaziona con la madre per soddisfare il suo bisogno primario di alimentarsi, via via poi entrerà in contatto con il resto della famiglia per potersi evolvere e crescere.

Vi sono diversi tipi di relazione come amorosa, di amicizia, lavorativa o professionale, ma qui verranno prese in considerazione la relazione di aiuto e di cura.

Rogers (1951) definisce una relazione di aiuto come una relazione in cui almeno uno dei due protagonisti ha lo scopo di promuovere nell'altro la crescita, lo sviluppo, la maturità ed il raggiungimento di un modo di agire più adeguato e integrato, favorendo una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggior possibilità di espressione. L'altro, in questo senso, può essere un individuo o un gruppo. In altre parole, una relazione di aiuto potrebbe essere definita come una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o in ambedue le parti, una valorizzazione maggiore

delle risorse personali del soggetto e una maggiore possibilità di espressione”. (Melchiorre, 2018)

Per relazione d’aiuto s’intende l’incontro tra due persone di cui una sia in condizioni di sofferenza, confusione, conflitto, bisogno rispetto ad una situazione che si trova a dover gestire e l’altra che, invece, non si trovi a confrontarsi con la stessa situazione in quel momento. Secondo Mambriani «si instaura una relazione d’aiuto ogni volta che un individuo in situazione di malessere, sofferenza, malattia, entra in relazione con un altro individuo capace ed intenzionato a recare a lui giovamento».

Tale definizione abbraccia un gran numero di rapporti e di relazioni interpersonali, sia in campo educativo, sia professionale, sia più specificatamente terapeutico: ad esempio la relazione tra genitori e figli, tra sacerdote e parrocchiano, tra insegnante e alunno, tra medico e paziente, tra educatore e persona “disabile”, ecc. (Mambriani, 1994)

La relazione di aiuto ha delle caratteristiche specifiche che la differenziano dalle altre relazioni che potremmo definire di “non aiuto”. Esse riguardano principalmente gli atteggiamenti propri della persona che “aiuta”, secondariamente la percezione della relazione da parte di chi “è aiutato”. Per quanto riguarda la percezione della relazione di aiuto da parte delle persone “aiutate”, alcuni studi hanno sottolineato come queste ultime, indipendentemente dall’orientamento teorico degli specialisti a cui si erano rivolte, abbiano notato alcuni aspetti della relazione molto importanti, quali: la fiducia nel “terapeuta”, il sentirsi da lui compresi, il sentimento di indipendenza provato all’atto di fare delle scelte. Nell’ambito delle relazioni di aiuto, ci si imbatte frequentemente in atteggiamenti del terapeuta che possono creare più problemi di quanti ne risolvano e che possono finire per bloccare il desiderio di comunicare di colui che chiede aiuto. Questi atteggiamenti di “tentativo di essere di aiuto” possono raggiungere, talvolta, paradossalmente l’effetto opposto a quello desiderato e diventare essi stessi un ostacolo, una barriera alla soluzione del problema. È importante, tuttavia, notare come tali atteggiamenti di comunicazione possano rappresentare un ostacolo, una barriera, solo quando non siano rispettati, secondo l’ottica rogersiana, i presupposti che consentono la corretta instaurazione della relazione d’aiuto; quando non sussistano le circostanze relazionali o il contesto soggettivo inerenti a tali presupposti, molte delle barriere perdono la loro tonalità negativa, per diventare appropriate e produttive. La comunicazione, se impostata e condotta in modo appropriato, può essere uno strumento molto utile nella relazione di aiuto e può concretamente ed efficacemente “arrecare aiuto”.



Le relazioni d'aiuto hanno la caratteristica di veder coinvolti soggetti che optano per una *helping profession*, pur con modalità diverse ma con una motivazione di "interesse sociale", come lo ha definito Adler (1933), soprattutto per le aree psicosociosanitarie. La relazione di aiuto che si crea, deve essere connotata da una "conoscenza" della persona che ci sta di fronte, nonché da un costante atteggiamento di ascolto rispettoso dell'altro, di accettazione della sua persona, pur nella sua diversità, di capacità di saper attendere, senza lasciarsi scoraggiare, i suoi tempi di risposta. (Rovera, 2004; Mengheri, 2008)

Ciò che distingue la relazione di aiuto e di cura dalle altre relazioni umane è l'aspetto metacognitivo: la necessità, cioè, di "vedere" questa relazione, di averla sempre sotto gli occhi, di saperci ragionare sopra. In altre parole, la capacità di dare vita ad una relazione umana in modo consapevole, controllato ed intenzionale, padroneggiando razionalmente le abilità. Nella relazione d'aiuto intervengono categorie concettuali che hanno una validità estendibile a tutte le relazioni umane. Concetti come percezione di sé, modificazione della personalità, valutazione degli elementi in vista di una scelta, influenzabilità, consapevolezza delle proprie motivazioni, sono concetti implicati in situazioni più numerose di quelle ufficialmente identificate come relazioni d'aiuto, ma che in queste assumono un valore ancora più importante. Di particolare rilievo, in una relazione di aiuto, è la consapevolezza delle proprie motivazioni, poiché è un movimento necessario e indispensabile che spinge un soggetto verso un altro soggetto, determinandone il comportamento. A questo punto sorge spontanea la domanda: perché ci prendiamo cura degli altri anche quando non siamo legati da rapporti personali? Quali sono i fondamentali motivazioni che ci spingono ad agire eticamente e ad adottare comportamenti socialmente empatici?

Per poter comprenderne la motivazione che attiva questo movimento verso un soggetto, è utile soffermarsi sul modello motivazionale fondato sulla teoria dei bisogni in cui vi è una gerarchia di motivi essenziali per lo sviluppo della persona. Maslow sostiene che un individuo prima deve soddisfare le esigenze alla base di quella che egli definisce una piramide, per andare poi al livello successivo. Alla base della piramide troviamo i bisogni fisiologici come mangiare, respirare, bere..., poi le esigenze di sicurezza (fisica, lavoro, reddito...), i bisogni di affiliazione (sposarsi, essere membro di una comunità...), la necessità di riconoscimento (rispetto, status, reputazione ...) e infine i bisogni di autorealizzazione (sviluppo morale, spirituale, ricerca di un obiettivo nella vita...). Vi

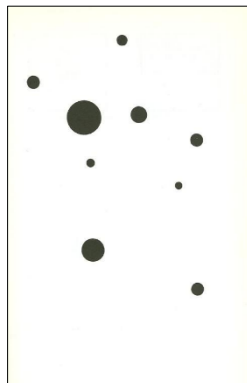
possono essere altre motivazioni, oltre a quella della scalata della piramide dei bisogni, per cui si entra in relazione con l'altro, con gli altri. La prima deriva dalla definizione della propria identità: meno è definita la propria identità, più si è portati alla ricerca di conferme, più si vive con la paura della perdita, più si lotta per la costruzione di consensi. All'interno di un sistema relazionale, quale la relazione d'aiuto, dove il rapporto iniziale tra le parti, tutto è meno che paritetico, il bisogno di definizione della propria identità può determinare dinamiche perverse come, ad esempio, la costruzione di un rapporto di necessità, tra il professionista e il cliente/paziente, che porta il primo ad appiattirsi sulle posizioni dell'altro, a colludere con i suoi bisogni, a rimanere invischiato in una complicità ambivalente.

L'altra motivazione per cui si costruisce una relazione di aiuto è determinata dalla compensazione di un vuoto affettivo. Si ama con la mente e con il corpo ed entrambi sono sottoposti a una trasformazione. Quella del corpo avviene con il tempo, con il passare dell'età; basti pensare ai cambiamenti ormonali nell'adolescenza, alla menopausa per le donne, ai cicli vitali nelle coppie, per cui la maturità affettiva è un riposizionamento a tappe e quel vuoto affettivo che può venirsi a creare, talvolta viene colmato intessendo una relazione di aiuto o di cura.

Infine, la conferma di un bisogno ideologico, come l'adesione a un credo religioso, politico, antropologico, artistico, può motivare la relazione con l'altro. Ecco che il prender coscienza delle motivazioni inconscie che spingono a relazionarci con gli altri, determina il proprio agire. Guardarsi dentro, ascoltare le risonanze emotive, sentire e comprendere i propri bisogni, ci aiuta a prendere coscienza sul tipo di relazione che stiamo costruendo e, in qualche modo, sulla durata della stessa poiché un rapporto di tipo up-down non reggerà a lungo. Altrettanto importante, quanto la presa di coscienza, è la definizione dei ruoli che rischiano di impoverire la relazione poiché la portano ad essere una mera organizzazione all'interno della quale vengono mantenuti gli obiettivi del sistema stesso e si coopererà per il raggiungimento di quest'ultimi, tralasciando il soddisfacimento dei propri bisogni. Un'altra situazione analoga, in cui la relazione ne risentirebbe, è quando si entra in una relazione di aiuto in cui vi è una forte dipendenza. In questo modo si aderisce ciecamente ad un legame ritualizzato in cui ci si muove per omologare il comportamento altrui poiché lo si considera, pregiudizievole, ammalato o meritevole di cura; basti pensare ad esempio all'omosessualità. (Melchiorre, 2018)

Sembra che da un lato si abbia bisogno della giustizia, per far fronte a disuguaglianza e sfruttamento, umiliazione e povertà; dall'altro scopriamo l'urgenza della cura contro

l'atonismo e l'indifferenza, l'erosione del legame sociale, l'incuria verso il mondo vivente e la drammatica condizione dell'ambiente. (Pulcini, 2020)



Nove punti in caduta, Vasilij Kandinskij

## CAPITOLO 2 Linea: prestare cura e ricevere cura

*L'attenzione  
è la carezza più bella  
(Anonimo)*

Nel capitolo precedente è stato trattato il tema dell'aiuto e della cura facendo un parallelismo con il punto geometrico. In geometria, più punti consecutivi, ne originano una linea e proprio di ciò vorrei parlare, in relazione al tema del prestare e/o ricevere cura.

Kandinskij vede la linea come un'entità invisibile ed è la traccia del punto in movimento; un po' come per me lo è la cura che nasce dal movimento (in questo caso da due o più soggetti attori di una relazione) passando dalla situazione statica a una dinamica (lo stesso equivale per la cura in quanto la relazione è un processo, non è immobile o statica, ma in movimento). La trasformazione del punto in linea avviene attraverso delle forze esterne e la diversità delle linee dipende dal numero di queste forze e dalle loro combinazioni. Un po' come avviene nel prestare e ricevere cura: più forze entrano in azione determinando così il tipo di cura, le modalità, i tempi e una delle forze cardine della cura sono le passioni, quelle passioni che ne danno la motivazione e spingono all'azione. Queste forze ne determinano anche la direzione essendo in movimento e anche nella pittura gli elementi sono risultati reali del movimento, particolar modo nella forma. Le forme di una linea possono essere tre: orizzontale, verticale, diagonale. La linea orizzontale corrisponde alla linea o alla superficie sulla quale egli si trova o si muove. È una base portante fredda che può essere fatta seguire sul piano in diverse direzioni. Freddezza e piattezza sono i suoni fondamentali di questa linea, come nel caso del prendersi cura degli altri si ha la necessità di questa freddezza, quel distacco necessario per non rischiare di perdere la lucidità al fine di raggiungere l'obiettivo della cura. Completamente opposta a questa linea, vi è quella verticale che forma un angolo retto assieme a quella orizzontale. Nella verticale la piattezza viene sostituita dall'altezza e la freddezza dal calore tanto da permetterci di definire la verticale come la forma più concisa dell'infinita possibilità di movimento caldo. È quel tipo di linea nella cura, che fa entrare in relazione con l'altro, è l'empatia che ci permette di spostarci in altezza, con il calore del rapporto umano. L'ultimo tipo di retta è la diagonale che in forma schematica si stacca dalle altre due mostrando la medesima inclinazione verso ambedue creando quel

movimento freddo-caldo. La generale armonicità di una composizione (in questo caso del prestare e ricevere cura) può quindi essere costituita da alcuni complessi che si spingono fino al massimo contrasto. Anche nel prestare e ricevere cura vi possono essere dei contrasti, dovuti alla relazione instaurata, alle modalità, o legati a qualsiasi altro elemento che ne fa parte, ma, come lo è per Kandinskij, seppur questi contrasti possano avere un carattere disarmonico, nondimeno il loro giusto uso agirà positivamente sull'armonia generale ed eleverà l'opera alla sua più alta essenza armonica.

Un fattore che è presente nel prestare e ricevere cura è il tempo. Tempo della cura, tempo della relazione, tempo soggettivo, tempo oggettivo, un tempo scandito, un tempo vissuto, un tempo sentito; un tempo più sentito sulla linea che sul punto poiché la lunghezza è un concetto temporale. Tutti questi tempi ne disegnano la lunghezza della linea (la cura), la sua forma (retta o curva) e a tal proposito, è temporalmente diverso seguire una curva che una retta anche se le lunghezze sono le medesime; quanto è più mossa è la curva, tanto più essa si estende nel tempo.

Un altro tipo di tempo, che nel prestare e/o ricevere cura è presente, è quello dell'attesa. Un tempo che permette di acquisire consapevolezza, di potersi preparare per essere pronti, senza anticipare nulla, è un tempo che permette di cogliere il momento giusto per poter introdurre l'aiuto, la cura. Saper gestire questa attesa e impiegare il tempo nel miglior modo possibile per potersi preparare sia interiormente che esteriormente, creando anche un ambiente il più adatto possibile, favorisce l'azione del prestare e ricevere cura.

Dunque, come vi sono tempi diversi, vi sono anche molteplici usi, diverse colorazioni e il fattore tempo non può essere ignorato.

La combinazione, gli incroci di fattori molteplici nel prestare e ricevere cura, come il punto che è la quiete, la linea la tensione mossa dal movimento, ne generano un "linguaggio" non raggiungibile con le parole ma si mette a disposizione del contenuto vivente. (Kandinskij, 2022)

Questa complessità derivata da combinazioni e incroci molteplici e il movimento, sono aspetti che caratterizzano la nostra società, o meglio due qualità che esprimono ricchezza di vita, possibilità di crescita (Melchiorre, 2018). Complessità e velocità, appaiono come un denominatore comune tra cura, arte e vita quotidiana, e allo stesso tempo, coloro che sono identificati come i presupposti fondamentali del prestare cura, diventano elementi ricorrenti anche negli altri due ambiti, cioè nell'arte e nella vita. Due

sono i presupposti fondamentali: vulnerabilità e empatia. Il primo, la vulnerabilità, è un tratto sia dell'uomo che dell'arte con le sue opere, l'empatia, pur essendo un elemento che ricorre nell'essere umano, lo diventa anche nell'arte, dal momento che l'artista entra in relazione con il suo osservatore attraverso l'opera, crea quel legame attraverso l'osservazione di quest'ultima, scaturendone emozioni e sensazioni.

La consapevolezza della condizione di vulnerabilità è il presupposto fondamentale del prestare cura ed è la condizione alla quale sia il soggetto che l'altro sono ontologicamente esposti e della quale entrambi fanno esperienza all'interno della relazione di cura. Il secondo presupposto è la capacità di empatia. L'empatia è ciò che ci consente di entrare in relazione con l'altro a partire dalla scoperta stessa della sua esistenza. L'atto empatico coincide con un "rendersi conto" dell'altro, del suo vissuto e del suo sentire, pur conservando la consapevolezza della differenza tra sé e l'altro. Da qui le molteplici forme del *sentire l'altro*, l'amicizia, l'amore, la compassione, l'attenzione, la cura, il rispetto, il riguardo. L'empatia, dunque è partecipazione emotiva al vissuto e ai sentimenti dell'altro, pur essendo un'emozione "vicaria", vale a dire un'emozione uguale o simile a quella dell'altro, che richiede però la chiara percezione della distinzione tra sé e l'altro. Essa presuppone insomma il riconoscimento dell'altro in quanto distinto da noi, sebbene dotato come noi di sentimenti. Michael Slote sostiene, come riportato da Elena Pulcini nel suo libro "Tra cura e giustizia" (pag.70), che "la motivazione alla cura è basata e sostenuta dalla nostra capacità umana di empatia con gli altri" e propone il concetto di "cura empatica". L'empatia è ciò che ci permette di capire, di "partecipare alla situazione affettiva dell'altro e di adottare la sua prospettiva". E', come dice Hoffman (2008), "la scintilla che fa scaturire l'interesse umano per gli altri" e rappresenta perciò la condizione per l'emergere di emozioni che ispirano l'agire morale. In sintesi, l'empatia è uno strato affettivo moralmente neutro che può dare origine a una varietà di emozioni e ciò dipende di volta in volta da che è l'altro/a e dal tipo di relazione che ci unisce a lui/lei. Di conseguenza non basta sostenere che la cura presuppone la capacità di empatia. Dobbiamo anche chiederci quali emozioni vengono attivate nel caso della relazione di cura nelle sue diverse forme e quali sono auspicabili in quanto eticamente orientate. (Pulcini, 2022)

Nel compimento dell'azione del prestare e/o ricevere cura, implicitamente o esplicitamente risalgono alla mente le quattro domande fondamentali di Kant:

- 1) Che cosa posso sapere?
- 2) Che debbo fare?
- 3) Che posso sperare?
- 4) Che è l'uomo?

Trovandoci dentro una relazione, in questo caso di cura, ci poniamo queste domande:

- 1) Che cosa so?
- 2) Che cosa faccio?
- 3) Che cosa spero?
- 4) Chi sono?

e sono domande che ci si dovrebbe porre di continuo affinché si possa percorrere quella linea che ci conduce al motivo per cui prestiamo o riceviamo cura.

Nell'atto del prestare e ricevere cura, pur essendoci un mandato fatto di sapere e di competenza, vi è la gentilezza d'animo che scaturisce dalla tensione amorosa verso l'altro, in cui l'altro acquista valore; un valore concreto, non generale che rende importante la vita. (Lippi, 2017)

Se si pensa al prestare cura come alla relazione tra medico e paziente, quest'ultima assume un connotato diverso a seconda dello scopo per cui nasce: se si pone come obiettivo quello di guarire oppure di modificare un comportamento, come nel caso di fumatori, bevitori o grandi mangiatori. In entrambe le situazioni si presta cura solamente che il medico viene investito di un potere diverso: autoritario o persuasivo. Dall'altro lato, ossia nel ricevere cura, l'ottimismo, la morale, la volontà di stare bene, sono le motivazioni che spingono, chi riceve cura, a collaborare, a fidarsi dell'altro. Tutto ciò avviene all'interno di una cornice di incertezza. Incertezza dovuta all'esito delle cure, incertezza sul tempo (più o meno lungo), incertezza per l'evolversi della malattia e alle sue fasi. (Carricaburu, 2007)

Ma "aver cura, prestare cura" significa accompagnare, entro questo contesto fatto di incertezza, un accompagnamento per andare oltre, guardare dopo, più in là attraverso le cure del cuore, dell'ascolto, dell'affetto, della semplice cortesia. Prestare cura è un po' come prendersi cura dell'umanità e nella vita di tutti i giorni appare difficile poterlo fare, forse legato a una mancanza di sensibilità, a un tempo frenetico, a un disinteresse. Si prende coscienza di ciò, ricevendo cura, non ci si presta attenzione quando si è in salute, ma quando non lo si è e che diventa allora difficile interessarsi alle disavventure altrui perché impegnati nelle proprie. Ma aver cura degli altri è aver cura di sé stessi perché ci si scopre, ci si conosce. Il prestare cura è come un viaggio nel viaggio: siamo impegnati

nel viaggio della cura che si compie insieme spostandosi fuori da sé per incontrare l'altro nel terreno del suo bisogno e allo stesso tempo, il fermarsi per aiutare l'altro, è porre una pausa nel nostro viaggio di vita; è mettere in attesa i progetti personali per poi riprenderli.

Fin dalla nascita riceviamo cura e ne siamo dipendenti da essa, dipendiamo dalla mamma per il soddisfacimento del bisogno di nutrizione e via via che cresciamo le cure cambiano, cambiano le modalità ma sempre riceviamo cura. Durante la nostra vita alterniamo periodi in cui riceviamo cura e periodi in cui la prestiamo.

Il momento più importante del prestare cura e ricevere cura, è l'accoglienza. Riuscire ad accogliere, sentirsi accolti permette di dare inizio a quella che sarà la relazione di cura. L'accoglienza è quel frangente in cui ci sentiamo compresi, capiti, amati ed è quel momento in cui poniamo fiducia in un rapporto che andrà crescendo. A volte il tempo dell'accoglienza è un tempo breve ma non per questo meno intenso. Può essere anche un tempo breve per poter accogliere e per potersi sentire accolti ed è un momento che può avvenire in modi di versi, con un contatto corporeo, sia esso visivo o tattile, oppure in assenza di contatto, ad esempio telefonico se si pensa alla telefonata rivolta al proprio medico. In quei pochi istanti tutto avviene, tutto inizia e sancisce l'inizio. Il calore dell'accoglienza è un'esperienza che cambia la temperatura interna ed esterna in tutti gli attori in relazione. (Lonati, 2022) L'evento del Covid-19 ha trasformato o ha rafforzato alcune modalità di accoglienza, come un uso maggiore delle telefonate o l'utilizzo di piattaforme per potersi "incontrare" online. Una trasformazione importante poiché il momento dell'accoglienza richiede una grande intensità emotiva e capacità di ascolto. Con un mezzo come il telefono o il computer che fanno da schermatura a tutto ciò, certamente ha reso il tutto più freddo, meno accogliente, solo il tono della voce e l'uso delle parole, che costruiscono mondi, hanno mitigato questa freddezza rendendola più tiepida rendendo quel tempo, quella telefonata, quella videochiamata, un momento altrettanto unico, speciale, privato, riservato ed emotivamente accogliente.

Prestare cura è una forma di "stare accanto" che significa molte cose: accogliere (anche la rabbia), consolare, occuparsi del carico della cura, seguire chi sta male sulle montagne russe dell'incertezza, della paura, del bisogno di sapere. Lo stare accanto lo si fa prestando ascolto, rispettando il cammino dell'altro anche quando è contorto e di non facile comprensione. Immaginare di essere accanto a una persona, senza esserlo fisicamente e spazialmente lontani, appare difficile. E pure, come sostiene Lonati (2022), è proprio qui che la cura può mostrare la sua qualità genuinamente morale.



La pandemia ha permesso di far emergere nuove modalità di prestare cura che per essere attivata non può contare né sulla visione del disagio e della sofferenza altrui, né sul potere mobilitante dell'urgenza e della contingenza. (Pulcini, 2020)

## 2.1 Prendersi cura di sé, dell'altro e degli altri

L'esperienza di prendersi cura del dolore dell'altro diviene occasione per maturare uno sguardo compassionevole verso di sé, verso le proprie fragilità spingendoci a riconoscerci. È un lavoro sulla consapevolezza. Chi si occupa di cura a livello professionale non è chiamato a identificarsi con l'altro ma a riconoscere il bisogno per offrire a questo una risposta altrettanto unica e individuale. (Lonati, 2022)

Prendersi cura di sé, dell'altro e degli altri dà valore e significato alla vita che è la forma più intima di una persona; riconosce il bisogno, senza poterlo anticipare e costringe a misurarsi con una sensazione di estrema impotenza. Confrontandosi con il limite dell'altro può diventare invece esercizio per misurarsi con il proprio, di limite. Se gestito serenamente il percorso di stare accanto all'altro ha un enorme potere di rimetterci al nostro posto, come strumenti di sostegno limitati. Adeguatamente accompagnati nel riconoscere qual è il confine del proprio intervento, educati ad anticipare le perdite che arriveranno così da non esserne troppo sorpresi, da saperle affrontare un po' più preparati, sostenuti nelle inevitabili incertezze, rassicurati da personale esperto.

Prendersi cura è un donare; donare a sé, donare agli altri. Un dono non è un diritto e pertanto non lo si esige, lo si riceve. Chi si occupa di cura a livello professionale non è chiamato a identificarsi con l'altro ma a riconoscere il bisogno dell'altro per poter dare una risposta unica e individuale. (Lonati, 2022)

Il prendersi cura è un atto di affetto, di amore. Amare sé stessi quello che si è, per quello che si fa; è amare anche l'altro, gli altri, uno stare accanto. Prendersi cura è anche entrare in relazione con gli altri ma anche con sé stessi, con il proprio Io più intimo; riconoscersi, riscoprirsi attraverso il viaggio della cura. Prendersi cura di sé stessi non è solo quando si ha una malattia in corso e si attuano tutte le pratiche mediche necessarie per poter di nuovo godere di un buon stato di salute, è anche sapersi ascoltare, saper rispettare i tempi del nostro corpo, comprenderlo avendone cura di ciò che ci comunica.

Nel momento in cui abbiamo fatto esperienza su di noi, di come prendersi cura, di che cosa fare, allora siamo pronti per poter volgere lo sguardo all'altro, e di farci carico di lui e del suo bisogno di aiuto. Capire sé stessi per poter meglio comprendere l'altro, imparare ad ascoltarci e ad ascoltare, saper accogliere e riconoscere, saper dare un valore, un senso, per esser capaci di cogliere quella mano protesa verso di noi che ci chiede aiuto.

Prenderci cura di noi stessi è rimanere centrati su noi stessi, avere un equilibrio proprio che ci dà stabilità, sicurezza e fermezza nel poterci volgere all'altro nel modo più adeguato. Lo star bene con noi stessi, vivere il nostro corpo e la nostra mente in uno stato di benessere, ci fornisce quella sorta di serenità interiore che nella relazione con l'altro, è importante per poter riuscire ad ascoltare con il cuore.

A volte il prendersi cura degli altri può essere una semplice parola di conforto, mettersi in ascolto, comprendere; prendersi cura dell'altro significa esserci: "io sono qui per te". Esserci per l'altro è ascolto e condivisione. Ascoltare ciò che ci dice con il linguaggio, con le parole, con il silenzio condividendo non solo le emozioni che traspaiono, ma anche un luogo, un momento, quel luogo, quel preciso momento, rendendolo unico, significativo, in qualche modo speciale e privilegiato. È un tempo e un luogo del "noi".

Il prendersi cura non è soltanto sanitario, ma lo è anche personale, sociale. Ogni giorno ci prendiamo cura degli altri, basti pensare, ad esempio, quando scriviamo ad una persona oppure quando ci rechiamo a fare compere o la spesa e acquistiamo qualcosa per una persona: ciò che arriverà come messaggio è "ho pensato a te" e in qualche modo "mi sono preso cura di te" perché curare è relazione e stare in relazione con gli altri è anche ciò. Prendersi cura degli altri è da pensarsi volgendo lo sguardo al futuro per lasciare un mondo migliore a chi verrà. In questo caso il prendersi cura non è dato dal bisogno di aiuto sorto o dall'urgenza, ma è una nuova modalità, del tutto preventiva, ma sempre pensando all'altro che verrà. "Mi prendo cura di te" prendendomi cura di ciò che ci sta attorno fin tanto che tu possa vivere uno stato di benessere futuro.

Il prendersi cura lo si può intendere in molti modi, certamente non in modo univoco poiché anche se si pensa a noi stessi, di riflesso apportiamo benessere agli altri, ci prendiamo cura degli altri. E' un po' come se si lanciasse un sassolino in una pozzanghera: andrà a fondo ma crea dei cerchi concentrici che ci fanno capire che una singola azione comporta un effetto di riflesso su ciò e su chi ci sta attorno.

La nozione di “cura di se stessi” (*epimeleia heautou*), a partire da Socrate indica, in senso generale, un modo di essere presente, un qualcosa di specifico, di interno al nostro modo di essere che accompagna quell’essere fragile che è il soggetto, dando forma a una sua originale presenza nel mondo. Secondo la ricostruzione foucaultiana, l’*epimeleia heautou*, è stata male interpretata in determinate tradizioni, nella misura in cui essa indicava egoismo e ripiegamento su sé stessi. Tuttavia, ciò ha sancito lo sviluppo e l’utilizzo di tale nozione in diverse lingue assumendone significati simili ma non uguali, tra le diverse lingue. In latino il significato assunto è di sollecitudine e premura rispetto alle possibilità del proprio e altrui divenire; in francese “*souci*” quale modo del trovarsi, del prendersi cura in riferimento alle cose, del con-essere, dell’aver cura in riferimento alle persone, comprensione di sé come poter essere, come possibilità; “*care*”, in inglese, nel senso di preoccuparsi/prendersi cura dell’altro con intenzionalità educative. Nel mondo greco si concepiva l’esercizio filosofico non solo come teoria della conoscenza, ma come pratica di vita nel senso di *prendersi cura (epimeleia heautou)* e all’*epimeleia heautou* ci rinvia alla nozione dell’“arte di vivere”. È l’aver cura di un rapporto controllato e sicuro con il sé, che permette di renderlo stabile e di aprirlo agli altri. Come detto precedentemente, prendersi cura è un atto che ha in sé il significato di esser capace di difendere la terra, proteggere la vita, tutelare i diritti degli esseri umani, la convivenza universale attraverso una interazione solidale fatta di reciprocità, apertura e rispetto. Nel prendersi cura rientra un tema di un’importanza rilevante, che è l’etica. (Caputo, 2014)

Nel prendersi cura dell’altro ognuno detiene un comportamento, un modo di fare e si fa guidare dai valori che ha intrinseci e che ha acquisito nel corso della sua esperienza di vita. Coloro che esercitano nell’ambito della cura e si prendono cura dell’altro, degli altri, seguono questi valori di comportamento che vengono ricompresi nel significato del vocabolo di “etica”.

La definizione di etica che troviamo, indica una dottrina o un’indagine speculativa intorno al comportamento pratico dell’uomo di fronte ai due concetti del bene e del male. L’etica è sia un insieme di norme e di valori che regolano il comportamento dell’uomo in relazione agli altri, che un criterio che permette all’uomo stesso di giudicare i comportamenti propri e altrui, rispetto alle categorie del bene e del male. I valori dell’etica sono la tolleranza, l’equità, la pace la lealtà e l’amore.

Il termine *etica* era stato introdotto da Aristotele per designare le sue trattazioni di filosofia della pratica; indica quella parte della filosofia che si occupa del costume, ossia del comportamento umano.

L'etica studia i fondamenti che permettono di assegnare ai comportamenti umani uno status deontologico e normativo, ovvero distinguerli in buoni, giusti, leciti, rispetto ai comportamenti ritenuti ingiusti, illeciti, sconvenienti o cattivi secondo un ideale modello comportamentale (ad esempio, una data morale). Spesso etica e morale sono usati come sinonimi, anche se occorre subito precisare che esiste una differenza: la morale corrisponde all'insieme di valori di un individuo, di un gruppo, mentre l'etica, oltre a condividere questo insieme, contiene anche la riflessione speculativa di norme e valori.

L'etica non si esaurisce nel suo termine stesso, ma è un concetto che assume significati diversi a seconda della scienza che ne ha dato la sua definizione. L'etica sociale è una disciplina che appartiene alle scienze morali che stabilisce il comportamento etico tra le relazioni sociali e il fondamento etico agli ordinamenti giuridici e sociali.

Tronto insieme a Fischer ha elaborato il concetto di etica della cura e ne hanno delineato quattro fasi: *interessarsi a* (caring about), *prendersi cura di* (taking care of), *prestare cura* (care-giving) e *ricevere cura* (care-receiving). *Interessarsi a* implica la qualità morale dell'*attenzione*, una sospensione del proprio interesse, e una capacità di guardare, realmente, dalla prospettiva di qualcuno che ha bisogno; *prendersi cura di* riguarda l'assunzione di *responsabilità*, qualità morale chiave del prendersi cura, per assicurarsi che i bisogni siano soddisfatti; *prestare cura* ciò inerisce propriamente la qualità morale nel lavoro di cura, perché la responsabilità di assistenza non è semplicemente una questione tecnica, ma morale; ed infine *ricevere cura* implica una risposta dalla persona, dalla cosa, dal gruppo, dall'animale o dalla pianta, o dall'ambiente, di cui ci si è presi cura. La fase del *prendersi cura* deve essere considerata in una triplice accezione, secondo Ricoeur (1999): cura di sé, del prossimo, del socio (io-tu-altro). Farsi carico della cura, da un punto di vista etico, pedagogico, sociale, giuridico, politico, significa recuperare il senso dell'*epimeleia heautou*, questo concetto molto potente che attraversa tutta la storia del pensiero filosofico a partire da Socrate. Foucault fa notare che il fatto che filosofi come Socrate è un principio valido per tutti, continuamente e per l'arco intero della vita. Il richiamo alle analisi di Foucault (1984) è indispensabile per coglierne il senso più autentico. Secondo la definizione generale che ne dà, l'*epimeleia heautou* è un atteggiamento generale, un certo modo di considerare le cose, di essere nel mondo, di

realizzare determinate azioni, di intrattenere delle relazioni con gli altri: un atteggiamento verso di sé, verso gli altri, verso il mondo. L'*epimeleia heautou* è anche una certa forma di attenzione, di sguardo: curarsi di sé stessi implica, infatti, che si converta il proprio sguardo dall'esterno verso se stessi. Cura di sé, è etica in se stessa in quanto è anche un modo di aver cura degli altri nella nostra vita individuale e di comunità. La cura, in quanto forma di dedicarsi agli altri, è allora dovere civico, espressione tangibile, sin dall'antichità, del profondo legame con l'uomo e la vita comunitaria. Cura non nel senso passivo dell'essere preso in cura ma nel senso attivo del prendersi cura, nel senso di narrativizzare il proprio sé e il suo rapporto con gli altri ricorrendo a pensieri, sentimenti, emozioni. Dal punto di vista etico, cura è assunzione di responsabilità, e sulla scia di Lévinas, la cura diventa non solo conoscenza, ma anche preoccupazione per l'altro, per cui il *prendersi cura* è atto continuo e reciproco di interrelazione e non di esclusione. In definitiva, la cura come relazione d'aiuto non è un percorso riservato a una categoria particolare di persone che svolgono l'azione stessa del prendersi cura, piuttosto è insita, fa parte, è dentro in ogni educazione. È un atto che si compie nell'incontro con l'altro e rispondergli, accompagnandolo nel disagio, nella sofferenza nell'insicurezza interna, nelle sue fragilità, promuovendo la scoperta e lo sviluppo di possibilità, risorse o potenzialità inesprese. (Caputo, 2014)

## 2.2 La cura della relazione o relazione di cura?

La relazione di cura che si instaura tra medico e paziente è un rapporto speciale, unico che merita esso stesso di essere curato. Prendersi cura della relazione di cura, è fondamentale per favorirne il processo. Prestare quell'attenzione, quella sensibilità alla relazione, è un po' come prendersi cura della relazione di cura; un intreccio di cure in cui in una vi è il paziente e nell'altra la relazione. Aver cura della relazione, di quel rapporto speciale e unico, è indirettamente prendersi cura del paziente. Un lavoro duplice da parte del medico che in un unico atto si prende cura di più situazioni facenti capo ad un'unica persona: il paziente e la relazione con egli e nella relazione di cura non sono scindibili, ma sono un tutt'uno, un intreccio, un gioco di linee, di intersezioni.

Il primo momento del prendersi cura della relazione e del paziente avviene raccogliendo le parole di chi sta male, evitando di lasciarle cadere o tacitarle.

La cura ha inizio con la relazione poiché se non si entra in relazione, diventa impensabile curare. Quando si instaura una relazione di cura, allo stesso tempo ci si prende cura anche della relazione stessa. Una buona relazione permette di incontrare meno difficoltà durante la cura e di superare in modo migliore gli ostacoli che si possono presentare davanti.

La qualità della relazione è spesso in grado di determinare in molti pazienti una spinta positiva nella ridefinizione della propria condizione di sofferenza. Una buona relazione di cura aiuta a pensare e gestire la sofferenza, sopportandola e convivendoci in maniera più serena. (Lupo, 2014)

La relazione di cura, che ci accompagna sin dalla nascita, prende forma in un'autentica pratica educativa, nel senso di stare accanto dell'altro, condurlo verso un percorso di autorealizzazione. (Caputo, 2014)

L'elemento fondamentale di qualsiasi relazione è la comunicazione. Comunicare è prima di tutto "mettere in comune" una serie di informazioni. Mettere in comune indica già una biunivocità. La comunicazione non può essere monodirezionale. Richiede conoscenza di chi ho di fronte. Significa condividere la propria umanità, riconoscersi in un punto diverso del cammino rispetto a quello dell'altro, ma accomunati da una stessa sorte, da una fisicità che ci rende simili. Perché mettere in comune è spendersi con sapienza in termini relazionali, non trincerarsi dietro un ruolo bensì utilizzare questo ruolo con flessibilità mettendosi in gioco e sapendo al tempo stesso mantenere una giusta vicinanza. La comunicazione è fatta di gesti e di parole. Le parole sono mezzi potentissimi, innalzano muri e costruiscono ponti. Di più: definiscono il mondo. Per questo è fondamentale averne cura, usarle con cura, come strumenti esse stesse della cura. "Abbi cura dei tuoi pensieri perché diventano parole. Abbi cura delle tue parole perché diventano azioni. Abbi cura delle tue azioni perché diventano abitudini. Abbi cura delle tue abitudini perché diventano carattere. Abbi cura del tuo carattere perché diventa destino." E quante volte le parole diventano etichette da cui non ci si libera più. Non si limitano a costruire mondi ma innalzano barriere, alimentano distanza, pur avendo in sé il potere di abbattere ostacoli e costruire legami. L'utilizzo di termini, la cura nella scelta delle parole da utilizzare, è di un'importanza fondamentale e richiede attenzione e sensibilità per poter avere quell'accuratezza che andrà a definirne i termini della

relazione. Come riporta la Lonati nel suo libro, *la Avigliano*, parlando dei diritti dei ragazzi con disabilità, fa una considerazione semplice ma esemplare "...basta sfogliare la Convenzione ONU di diritti delle persone con disabilità per accorgersi che è meglio dire "persona con sindrome di Down" piuttosto che persona Down, è una sottigliezza semantica ma non è difficile da percepire: io sono Maria, Anna, Claudio o Francesca ma non sono Down, ho la sindrome di Down che mi caratterizza ma non mi identifica, perché resto Maria, Anna ecc.ecc. È così difficile?" Le parole hanno significato e definiscono, per cui una scelta accurata, attenta, permette di avere cura della relazione e allo stesso tempo, migliorarne la relazione stessa. Restando in ambito sanitario, è fondamentale capire quale pensiero sta dietro le mie scelte comunicative. Una comunicazione semplificata può nascere dal desiderio di utilizzare un linguaggio consono a quello dell'interlocutore ma è fondamentale che non sia in realtà espressione di un atteggiamento paternalistico che svolge in verità la duplice funzione di proteggere il paziente dall'incontro con la verità e il medico dall'incontro con il dolore che la verità richiede di affrontare. Con il rischio che il risultato finale sia di lasciare solo chi sta affrontando la sofferenza perché se già in primis i sanitari stessi mettono in atto la scelta di non darle nome, la iscrivono in ciò che non può essere nominato. Quindi le parole che usiamo sono espressione di chi siamo ma cambiano anche il mondo. E nessuno, a maggior ragione se si tratta di un sanitario, può dimenticare che in ogni comunicazione è contenuto un significato educativo (o diseducativo). Il primo passo per aver cura delle parole è saper stare in silenzio. Nel silenzio si ascolta per imparare il linguaggio dell'altro, per partire dalle parole che usa per iniziare un dialogo, una narrazione. Anche porsi le domande giuste è avere cura delle parole. (Lonati, 2022)

Rimanendo sempre nell'ambito della comunicazione e in particolare di cura, è altresì importante conoscere il linguaggio dei propri pazienti soprattutto se si lavora in una zona dove il linguaggio più diffuso è quello di uno specifico gruppo etnico in quanto il linguaggio favorisce la relazione ma se non si utilizza lo stesso linguaggio, esso stesso può diventare una barriera e di conseguenza inficiare nella relazione di cura. Pertanto, porsi nella situazione di curiosità, di apertura verso l'altro sospendendo il giudizio per instaurare relazioni con persone di ogni estrazione e cultura, portatori di storie diverse e a volte di vite quasi incomprensibili, fa sì che la relazione venga favorita e il processo di crescita trovi giovamento.

La relazione di cura e la cura della relazione avvengono in un tempo, in un timing. Un tempo di cura che richiede un investimento in termini di una comunicazione attenta e rispettosa. È un tempo scandito dal processo di cura, un tempo che richiede impegno, attenzione, energia, sensibilità in un continuum verso l'obiettivo. Nella malattia i ritmi della vita precedente vengono alterati all'interno di un tempo oggettivo scandito dalle lancette degli orologi e da un tempo soggettivo che dipende dallo stato d'animo, dalla pienezza della nostra vita, dalla progettualità. La relazione medico-paziente non si limita solo al mero scambio di informazioni, ma si concretizza in un luogo e in un tempo nei quali i soggetti si riconoscono attraverso il linguaggio e l'ascolto reciproco. L'ascolto si profila come una funzione cognitiva ed emotiva che permette di comprendere in modo attivo ed empatico ciò che si ritiene utile comunicare. Vi è la necessità di stabilire un'alleanza tra medico paziente e i familiari del paziente, un'alleanza terapeutica al fine di poter interagire nel miglior modo per la gestione della malattia uniti verso l'obiettivo. In questo rapporto, in questa alleanza, prevede che il paziente abbia una partecipazione attiva rispetto alle decisioni che lo riguardano e tale attività trova espressione in quello che è da tempo un problema legato al "consenso informato". Come stabilito in un documento del Comitato Nazionale di Bioetica nel 1992, prevede la partecipazione del paziente alle decisioni che lo riguardano, dando valore alle sue scelte e inclinazioni; il passaggio dal paternalismo medico al consenso informato, prevede dunque, un ruolo attivo del paziente stesso e una sua partecipazione alle decisioni che lo riguardano, venendo a cambiare i contenuti e le modalità della relazione tra medico e paziente, restituendo una sorta di democratizzazione della cura, come se vi fosse una redistribuzione di potere all'interno di questa alleanza terapeutica. (Longo, 2013)

Un altro elemento della relazione di cura come lo è il linguaggio e la comunicazione, è il tatto. Toccare è sempre comunicare. Il benessere che si ricava da un tocco amorevole non riguarda solo chi lo riceve ma anche chi lo dà. La reciprocità del tatto rispetto alla sensazione di benessere riguarda sia chi viene accarezzato sia anche chi accarezza producendo una sensazione di piacere e di benessere fisico. Durante la pandemia il tatto è stato sottoposto a una sorta di proibizionismo, anche semplici gesti come stringere la mano, era vietato. La stretta di mano che nella sua semplicità gestuale racchiude un significato simbolico importante perché stringersi la mano significa garantire che si è disarmati, che ogni ostilità è stata deposta, una promessa di concordia, un patto, un'alleanza, una consolazione. Semplici gesti dalla stretta di mano, al bacio, a un abbraccio che racchiudono emozioni, pensieri, idee e memoria, sono stati proibiti; un



contatto della pella che si è visto negato e investito di un nuovo significato: l'aumento della distanza, una nuova barriera, un allontanare ciò che è emozione, relazione, sentimento, mettere una membrana come se si ritornasse allo stato primordiale: cellule. La cura ha bisogno di contatto e il contatto fisico passa attraverso uno dei cinque sensi, il tatto. Insieme a gusto, vista, udito, olfatto ci consente di ricevere informazioni sull'ambiente circostante, di orientarci e difenderci, di stare serenamente nel mondo. Di vivere. Secondo Silvia Vegetti Finzi (Lonati, pag.91) "la vita inizia con una carezza e con una carezza si conclude". Il tatto è il primo dei sensi che si sviluppa nella vita intrauterina: inizia a essere presente già alla settima-ottava settimana di gestazione, quando l'embrione umano è lungo meno di un centimetro. Nel contatto tra la madre e il bambino si fa strada la separazione necessaria tra l'idea di bambino che ogni madre ha cullato, quello che la Vegetti chiama "il bambino della notte" fantasticato, sognato, immaginato, e quello vero, il "bambino del giorno" appunto presente tra le braccia come corpo, come individuo distinto dalla madre. La vicinanza fisica dei due corpi rappresenta in questo senso lo spazio necessario che dà avvio a un reciproco allontanamento, nella certezza che con la nascita abbia inizio un percorso sano di definizione di due nuovi individui, perché quando nasce un bambino, nasce una madre. Nell'allattamento, una delle esperienze più intime e totalizzanti, il tocco reciproco ha un ruolo fondamentale. Il bambino esplora la mamma che a sua volta lo accarezza, ne ripercorre i lineamenti. In ogni tempo della vita, ma a maggior ragione nella primissima infanzia, abbiamo bisogno del contatto con il corpo dell'altro per conoscere e riconoscere noi stessi. Nello strato della cute che si chiama derma, appena sotto la superficie, l'epidermide appunto, esistono svariati recettori che con sensibilità diverse a sollecitazioni diverse, registrano gli stimoli che arrivano dall'esterno trasferendoli attraverso vie ascendenti all'encefalo a cui spetta il compito di elaborare le informazioni. La distribuzione e le specificità dei singoli recettori spiegano perché parti anche vicine al nostro corpo si differenzino così tanto in termini di sensibilità. La meraviglia però risiede nella ricchezza di emozioni, positive ma anche negative, che il tatto può veicolare. Le sensazioni che scaturiscono dal contatto tra i corpi sono infinite. Ci sono momenti in cui abbiamo bisogno fisico della vicinanza di un altro corpo. La nostalgia passa anche attraverso questa mancanza del corpo dell'altro. Lo abbiamo sperimentato con così tanta forza nei mesi della pandemia. E se la vista e l'udito in qualche modo trovano un aiuto, possono essere vicariate dalla tecnologia, il tatto no, non supera la distanza. Ha proprio bisogno di vicinanza. La neuroscienziata Laura Crucianelli racconta l'impatto drammatico che il covid ha avuto su di noi. La diffusione del virus si

è rivelata un periodo difficile per il più importante dei sensi. La pandemia lo ha reso tabù, insieme alla tosse e agli starnuti in pubblico. Mentre le persone che si ammalano di covid possono perdere l'olfatto e il gusto, il tatto è il senso che è stato sottratto a quasi tutti noi, positivi o no, sintomatici o no, ricoverati o meno. Il tatto è il senso che ha pagato il prezzo più alto. Ma se la distanza fisica ci protegge, allo stesso tempo ostacola la cura. Eppure, proprio questa distanza imposta dalla pandemia è frutto della vicinanza che il nostro mondo globale ha costruito. L'interconnessione è necessaria per la vita e strutturale alla nostra epoca: ci consente di usufruire di un benessere mai conosciuto prima, è indispensabile per garantire la circolazione di merci, immagini, strumenti finanziari. È la premessa perché la nostra società goda dei privilegi di cui gode. Nel pieno della pandemia non è stata la distanza in sé a disorientarci, ma la sensazione di separazione. La fine della vita è il tempo in cui proviamo a ristabilire contatti. C'è chi muore portandosi dietro rabbia e rancore ma spesso intravedere la morte consente proprio di chiudere sospesi, di ricucire rapporti, di perdonarsi vicendevolmente. Questo richiede vicinanza fisica, esige la possibilità di leggere un volto, le sue mille impercettibili espressioni, i cambiamenti millimetrici che rivelano più di molte parole. Abbiamo dovuto anche noi reinventare il nostro modo di prenderci cura, imparare nuovi riti. (Lonati, 2022)

La cura è fatta di comunicazione, di parole dette e non dette, di gesti, di silenzi, e si realizza ogni volta che si crea un ponte tra sé e l'altro producendo una sensazione di solidarietà affettiva. Talvolta vi sono degli elementi che ostacolano la comunicazione e pertanto rendono la relazione difficile nel suo processo di crescita. Gli atteggiamenti che ostacolano la comunicazione sono:

- la *fretta* è un comportamento che comunica una sorta di mancanza di tempo e quindi la tendenza ad accelerare o limitare gli scambi verbali;
- l'*anticipazione* consiste nell'anticipare le conclusioni o i contenuti successivi del discorso;
- la *valutazione* consiste nell'esprimere, senza che l'altro lo chieda, una valutazione di ciò che ha detto, del suo comportamento o delle sue idee. È implicito un atteggiamento di giudizio che si esprime con categorie tipo giusto/sbagliato, bene/male;
- l'*interpretazione* consiste nel fornire, in assenza di una richiesta dell'altro, la spiegazione ragionata delle motivazioni cosce ed inconscie che sottendono ad un

determinato argomento. Spesso rinvia un messaggio del tipo «ti spiego io il perché...» e può determinare una perdita di fiducia circa le proprie capacità di comprendere la situazione;

- la *disattenzione* consiste nel prestare poca o insufficiente attenzione alla comunicazione dell'altro; può esprimersi in svariati modi distogliere lo sguardo, rimanere interessati ad altre occupazioni, chiedere continue ripetizioni di ciò che l'altro ha detto, ecc.;
- la *logorrea* è un comportamento caratterizzato da un parlare incessante, senza lasciare spazio sufficiente all'altro per esprimersi. Può essere motivato da ansia;
- il *cambiare argomento* consiste nel cambiare argomento se questo è sgradito o esplicita una situazione di disagio e ansia.

Dall'altra parte, vi sono degli atteggiamenti che favoriscono la comunicazione e sono:

- *essere disponibile*: avere un atteggiamento di disponibilità ed apertura, in termini di tempo e voglia di conoscere e ascoltare l'altro;
- *stimolare l'altro*: il classico “rompere il ghiaccio” possibilmente ponendo domande discrete e “aperte”, in modo che invogliano l'altro a comunicare e parlare;
- *osservare* la comunicazione nella sua globalità (verbale e non);
- *mostrare attenzione*: sia con l'atteggiamento generale-contatto oculare, postura, cenni di assenso sia cogliendo le parole dell'altro in modo da favorire la comunicazione (sintesi, riformulazione, sottolineature, rispecchiamento);
- *accettazione*: atteggiamento che permette di accogliere, ascoltare e condividere la comunicazione dell'altro in modo non valutativo;
- *essere congruente*: indica la capacità di mostrarsi all'altro per quel che si è, in modo autentico anche se questo può comportare l'ammissione di propri limiti e difficoltà;
- *essere empatici*: permette all'interlocutore di comprendere il vissuto emotivo dell'altro. Rogers ha definito l'empatia come la capacità di comprendere i sentimenti dell'altro come se fossero i propri, senza perdere quella che definisce la giusta distanza emotiva che permette di essere davvero di aiuto. (Karmann et altri, 2013)

Sostanzialmente la comunicazione è essere-con-l'altro, quell'esserci perché ti sento e non solo a livello uditivo ma anche sul piano emozionale, energetico, di vibrazioni fatte di intenti., un po' come quando ci si trova di fronte ad un'opera d'arte che non è il semplice

osservare, ma capire, comprendere ciò che l'artista vuol trasmettere a chi osserva, è un entrare in relazione con l'altro attraverso le emozioni, le sensazioni.

Soffermandoci su che cos'è la comunicazione per una breve excursus, vi si possono distinguere tre tipi: verbale, non verbale e para verbale. Ognuna utilizza dei codici per trasmettere informazioni, conoscenze, emozioni. Watzlawick (1978) ha definito la comunicazione la "conditio sine qua non dell'esistenza umana"; tutto il comportamento per egli è comunicazione: si può comunicare con le parole, con le distanze, con il corpo, attraverso il modo di vestirsi e curare la persona e allo stesso tempo, la comunicazione influenza il comportamento, ossia l'azione che si una persona compie. Secondo Watzlawick non è possibile non avere un comportamento, è impossibile non-comunicare poiché sia le parole che il silenzio hanno un valore di messaggio, di conseguenza ogni comportamento è comunicativo, a prescindere dall'intenzione e dalla consapevolezza.

In ambito psicosociale Zani Selleri e David (1994), definiscono la comunicazione come un processo intenzionale; l'individuo fornisce significato agli avvenimenti e ai comportamenti altrui durante questo processo che è mediato da regole, usi e codici propri della cultura a cui appartiene l'individuo. In tale modo vengono messe in evidenza due caratteristiche: l'intenzionalità e il sistema che coinvolge più soggetti sociali in una serie di eventi. È convinzione comune che la comunicazione umana avviene e si realizza attraverso l'uso simultaneo e interdipendente di diversi sistemi comunicativi; sempre più si parla di "linguaggio del corpo" o di comunicazione corporea. Anche il corpo "parla", possiede un suo specifico linguaggio: "trasmette significati, ad esempio per mezzo dei gesti; esprime emozioni attraverso il volto, la voce, i movimenti del corpo; invia informazioni su di sé utilizzando l'abbigliamento, elaborando strategie per la presentazione di sé; comunica gli atteggiamenti nei confronti degli altri, come amicizia o dominanza, con la vicinanza fisica, lo sguardo". Nell'esprimere i contenuti emotivi e spontanei la comunicazione non verbale svolge un ruolo preminente proprio perché è un canale comunicativo arcaico e di difficile controllo volontario e talvolta si verificano delle incongruenze tra ciò che viene detto verbalmente e i segnali non verbali espressi dal nostro corpo. Tra i segnali non verbali vi rientrano, oltre all'espressione del volto, anche i movimenti del corpo e il comportamento spaziale. Quest'ultimo è composto da tutti i movimenti del corpo di una persona che vengono compiuti nell'ambiente fisico (contatto fisico, distanza, postura, orientazione nello spazio) poiché la persona e lo spazio sono in rapporto tra di loro e tale rapporto è condizionato sia da elementi fisici dell'ambiente, sia

dalle caratteristiche individuali della persona e dai fattori sociali e culturali. Hall (1963) ha cercato di misurare in centimetri lo spazio che intercorre tra le persone ed ha individuato quattro tipi di zone:

- *intima*, da 0 a 45 cm: caratterizza i rapporti più intimi e confidenziali; a questa distanza le persone possono toccarsi, parlare sottovoce, si può percepire l'odore dell'altro;
- *personale*, da 45 cm a 120 cm: è quella che definisce lo spazio personale di ogni persona e la cui intrusione può provocare disagio e malessere;
- *sociale*, da 120 cm a 365 cm: è la distanza che si stabilisce solitamente nei rapporti formali o di lavoro;
- *pubblica*, oltre i 360 cm: è quella che caratterizza occasioni pubbliche quali conferenze, cerimonie, spettacoli, ecc. A questa distanza è necessario usare un tono di voce alto e non è possibile vedere bene alcuni segnali non verbali quali l'espressione del volto e dello sguardo.

Per quanto concerne l'orientazione, essa fa riferimento all'angolazione con cui due persone si collocano nello spazio, l'una rispetto all'altra. Essa si riferisce soprattutto alla posizione del corpo, e non a quella del capo o dello sguardo. Le due principali orientazioni sono quelle "faccia a faccia", tipica dei rapporti più formali, o in cui si tende a stabilire un rapporto di gerarchia (insegnante-alunno, superiore-dipendente, ecc.) e "fianco a fianco". Quest'ultima dimensione sembra indicare rapporti di collaborazione, intimità, amicizia. Anche gli atteggiamenti di cooperazione o di competizione vengono evidenziati dall'orientazione che gli individui assumono tra di loro; alcuni studi hanno infatti evidenziato che i soggetti scelgono l'orientazione "fianco a fianco" come indicativa di un atteggiamento cooperativo; quella frontale come competitivo.

La postura è un segnale involontario che partecipa al processo di comunicazione e numerose sono le posizioni che il corpo assume nello spazio: eretta, distesa, seduta, rannicchiata e in ginocchio. È stato rilevato come questo segnale sia meno controllabile del viso o del tono di voce; perciò, nel legame tra stato d'animo e postura questa può svelare emozioni nascoste che l'espressione del volto non fa trapelare. Il modo poi di camminare, stare in piedi o sedersi, può rivelare, oltre allo stato d'animo, la fiducia che una persona ha in sé stessa, o la sua immagine di sé. Nonostante la sua fondamentale importanza per l'espressione delle emozioni, il volto è anche il canale su cui si può esercitare il maggiore controllo. Durante l'interazione il volto e i gesti sono gli elementi che maggiormente interferiscono col linguaggio: chi parla infatti accompagna il discorso con espressioni facciali che sottolineano, enfatizzano o modificano il

contenuto verbale; chi ascolta può esprimere attenzione, sorpresa, disappunto, indicando così le sue reazioni a quanto viene detto. (Mengheri, 2008)

La comunicazione che avviene all'interno della relazione di aiuto o cura, riveste un'importanza determinante tanto che può incidere sulla qualità dell'intervento che viene prestato e di conseguenza su chi riceve aiuto. La comunicazione nella relazione di cura ha lo scopo di favorire la relazione con l'altro, trasmette comprensione emotiva e agevolare l'altro a comunicare.

Nel momento in cui si comunica, si interagisce, si sta con-l'altro, si colgono i suoi bisogni. Il primo bisogno che si manifesta nel momento cui si crea una relazione di cura è il bisogno di essere accolto; il conoscere lo spazio, i tempi, le regole e trovare uno spazio relazionale adeguato ai tempi, sono gli elementi che caratterizzano il bisogno di essere accolto. Il conoscere lo spazio è quella necessità che una persona avverte nel momento in cui si trova a doversi adattare ad uno spazio sconosciuto. Se pensiamo all'ambulatorio, piuttosto che al reparto o al Pronto Soccorso, tutti i pazienti che giungono per la prima volta vivono le medesime sensazioni di coloro che si trovano in uno spazio nuovo, sconosciuto; quello che è per gli operatori uno spazio di lavoro, familiare, non lo è invece per i pazienti. Importante anche per quest'ultimi conoscere i tempi di questo spazio che si trovano a vivere e a conoscere per la prima volta. Coloro che accedono in Pronto Soccorso, ad esempio, stanno vivendo un'esperienza individuale di emergenza. Lo scopo del sistema sanitario, in questo caso, è quello di inquadrare la singola emergenza in un processo diagnostico/terapeutico che ha dei tempi propri. L'accordo sui tempi di intervento e la relativa disposizione del paziente ad adattarvisi dipendono in larga misura dalla presenza e dalla qualità professionale/relazionale dell'informazione veicolata dagli operatori. Ogni ambiente che ci troviamo a starci e a vivere ha delle regole, così pure l'ambiente sanitario. Soddisfare il bisogno di conoscere le regole di funzionamento, come approccio al triage, divisione dei pazienti in medici o chirurghi, attivazione di consulenze esterne, esami diagnostici, etc., favoriscono la relazione di cura. Quest'ultima inoltre è favorita anche nel momento in cui i pazienti trovano uno spazio relazionale adeguato al tempo. E' un tempo di emergenza e di incertezza, quello che vive il paziente, dettato da uno spazio preparato all'analisi, contenimento e normalizzazione delle reazioni emotive presenti ogni volta che ci si trova a dover fronteggiare una situazione di emergenza fisica. Un altro bisogno che sorge nel paziente è quello di comunicare sia sulla patologia che con gli operatori. Comunicare sulla patologia richiede di andare oltre il triage raccontando i fatti e inquadrando il disturbo, il sintomo nella propria storia di vita. Offre al paziente la

possibilità di essere ascoltato poiché gli permette di esprimere e condividere la sua sofferenza sul piano emotivo, relazionale e fisico. Questo bisogno è legato al bisogno di comunicare con gli operatori, ossia andare oltre al sintomo fisico, passare dalla terapia alla relazione terapeutica, esplicitare i propri bisogni e gli operatori dovrebbero esser pronti a cogliere tali bisogni per poi, in qualche modo, soddisfarli.

Altri due bisogni che hanno i pazienti sono quello di essere informato (sulle cause del sintomo, sul percorso terapeutico, sulle ipotesi diagnostiche, sulle risorse per garantirgli un'assistenza adeguata) e di mantenere il contatto con l'esterno, ossia sapere che i familiari ci sono, dove sono, come stanno reagendo, sapere che i familiare sono informati sulle sue condizioni. Durante il periodo Covid è stato necessario riorganizzarsi e trovare nuove modalità al fine di poter soddisfare i bisogni dei pazienti, anche se talvolta questo a favorito il sorgere di altri bisogni. È importante inoltre tener distinti i bisogni dei pazienti da quelli degli operatori, delle famiglie e delle istituzioni rimanendo consapevoli che i bisogni di ognuno dei protagonisti della relazione di cura devono convivere ma non mescolarsi o nascondersi dietro ai bisogni di altri. Individuare i bisogni di un malato può sembrare facile ma di fatto non lo è. Per cogliere i bisogni dell'altro è necessaria la costante osservazione, l'empatia e l'ascolto; ovviamente tutto questo in costante equilibrio tra coinvolgimento e distacco in modo da poter vedere e valutare lo svolgimento e l'evoluzione del processo di cura. (Mengheri, 2008)

La cura della relazione permette di incorrere in meno rischi possibili che possono portare a fraintendimenti e a danni alla persona che si vuole aiutare; pertanto, prendersi cura della relazione, richiede consapevolezza e competenza specifica. Uno dei rischi in cui si può incorrere è quello del ruolo di salvatore o di persecutore. Il primo, ossia il ruolo di salvatore, è una sorta di inganno in quanto si aiuta l'altro ma di fatto si aiuta sé stessi e tale inganno se viene smascherato o compreso, il ruolo di salvatore si tramuta in ruolo di persecutore, cioè la stessa persona che prima era soggetto di attenzioni e cure premurose, ad un tratto diventa vittima di pesanti accuse e critiche cariche di rabbia. Tale cambiamento di stile relazionale comporta disorientamento in entrambi gli interlocutori che si trovano a vivere una relazione di alternanza disfunzionale tanto da giungere a una relazione patologica e pertanto inefficace ai fini della cura e dell'aiuto.

In conclusione, è bene investire, sia in termini di tempo che di energia, in quella che è la cura della relazione, prendendosi proprio cura di essa stessa e in particolare della comunicazione perché la cura delle parole è fondamentale: le parole accolgono o respingono e vi è la necessità di non avere una competenza comunicativa riduzionista, ma

essere consapevoli delle cornici di cui siamo parte poiché ascolto attivo, autoconsapevolezza emozionale e gestione creativa dei conflitti fanno parte del “triangolo magico dell’arte di ascoltare”. Il sapersi mettere in ascolto è una delle modalità del prendersi cura della relazione e allo stesso tempo del prendersi cura dell’altro. Sclavi individua sette regole dell’arte di ascoltare e sono:

1. non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca;
2. quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista;
3. se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva;
4. le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico;
5. un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze;
6. un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti;
7. per divenire esperto nell’arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica. Ma quando hai imparato ad ascoltare, l’umorismo viene da sé. (Sclavi, 2003)

In sintesi, si potrebbe affermare che è importante sia la cura del paziente, ma, ancor prima, la cura della relazione che si instaura con egli, a partire dalla comunicazione che non è fatta solo di parole ma anche di silenzi e soprattutto di ascolto.



## 2.3 Emozioni e fiducia nella relazione di cura

Come riporta la Lonati nel suo libro “Prendersi cura”, la raccolta di informazioni passa anche dal sapere come si sente dal punto di vista emotivo. I pazienti non sono tanto abituati a parlarne con i medici, forse perché non sono sicuri di risvegliare il loro interesse. Nel tempo è stato costruito uno schema per cui la medicina si occupa del corpo e la psicologia della psiche e la Chiesa dello spirito, così ci dimentichiamo che quando stiamo bene, e ancora di più stiamo male, queste tre dimensioni sono inseparabili, ma soprattutto siamo disabituati a parlare di emozioni. Esse sono in fondo reazioni scatenate dalle esperienze che viviamo. Sono improvvise e subitane e ciononostante in grado di disorientarci, di cambiare il colore del nostro presente. Siamo poco allenati a riconoscerle e ne siamo spesso travolti. Abituare prima di tutto noi stessi a dare nome al nostro sentire è un contributo relazionale importante e fondamentale.

Viviamo in una società tanto performativa da essere affetta da quella che il filosofo Byung-chul Han (2015) definisce, in *“Società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite”*, “algofobia, una paura generalizzata del dolore” che si traduce in “anestesia permanente”, come rifiuto totale di sentire male. La rincorsa del benessere fine a sé stesso, dello stare bene a ogni costo ha in realtà un prezzo altissimo. Abbiamo però gradualmente costruito un mondo fondato su un’apparenza di felicità che ha un costo inevitabile. Un esempio sono i social in cui vi è uno spazio entro il quale condividere sé stessi come belli e vincenti per ottenere un numero sufficiente di like. Lo è a maggior ragione per i giovanissimi, che valutano l’aspetto delle persone e degli ambienti in relazione a quanto sono instagrammabili quanto a cura delle parole fino al punto di trasformarsi fisicamente per assomigliare alle immagini che i filtri ci rimandano, in una preoccupante confusione tra ciò che è reale e ciò che reale non è. Eppure, quello che Byung-chul Han sostiene è vero, ossia: “La vera felicità resta inaccessibile a chi non è aperto al dolore” (2021). La sofferenza è un terremoto la cui intensità varia in base a tanti fattori. La possibilità di dare voce al proprio doloroso sentire, trasformare ad esempio la perdita in racconto, ha una funzione di cura non solo per chi fa dono della propria storia ma anche per chi la riceve. Il dolore ci riguarda tutti inevitabilmente. Quello su cui possiamo agire è però certamente la capacità di accoglierlo, caricandolo di una rabbia che acuisce il senso di ingiustizia e la sofferenza o provando a trasformarlo, riconducendo anch’esso al nostro essere parte di un’umanità più grande. Proprio la pandemia ha reso

più acuto il dolore dell'assenza, del non poter stare accanto, di non aver fatto tutto quello che si sarebbe potuto. (Lonati, 2022) E ancora di più, in questo periodo storico per la medicina, si sono attribuiti sentimenti morali e in particolare la compassione da parte di chi assiste, come se vi fosse stata la necessità di colmare le insufficienze del modello, ma partendo dal senso di ingiustizia e dal desiderio di combatterla, si sono smosse emozioni come l'umanità, la generosità, la rettitudine, l'indignazione che contraddistinguono gli esseri umani. Tronto sostiene che la svalutazione della cura ha coinciso nel pensiero moderno con la svalutazione delle emozioni, in quanto polarità negative all'interno delle dicotomie peculiari del pensiero occidentale (maschile/femminile, pubblico/privato, ragione/passione, mente/corpo). Di conseguenza fondare la cura solo sui sentimenti significa rischiare di riproporre l'immagine riduttiva tradizionale di una dimensione privata e femminile e di precluderne la necessaria estensione alla sfera pubblica e sociale: vale a dire di impedirne l'auspicabile universalizzazione. Per questo, come dice Paperman, possiamo riconoscere l'importanza dei sentimenti per la prospettiva della cura purché questi però vengano “rimessi al loro posto”: cioè riconnessi al tessuto di pratiche e di relazioni che formano il contesto della cura; perché solo all'interno di quel contesto essi assumono senso e valore. Affrontare il tema della cura dal punto di vista delle emozioni consente di focalizzare meglio l'immagine di una buona cura; addentrandosi in tre declinazioni della relazione di cura che assumo come esemplari: *privata*, *sociale* e *globale*. Le prime due tipologie, l'una di una cura che presuppone un affetto preesistente, l'altra di una cura in cui l'affetto nasce successivamente, all'interno della relazione stessa. La prima, che riguarda la sfera privata, è la *cura per amore*, cioè la cura verso qualcuno cui siamo legati da un rapporto personale (marito/moglie, figlio/a, amico/a, fratello/sorella). È il caso di una relazione in cui il legame affettivo precede la cura, indipendentemente dal fatto che questa sia occasionale, transitoria o costante. La seconda, riguarda la sfera sociale, è quella che possiamo definire la *cura assistenziale*, cioè la cura del disabile, del malato, dell'anziano; quella forma di cura che propriamente chiamiamo “lavoro” e che implica una remunerazione, così che il sentimento può solo seguire la relazione, nascendo al suo interno. (Pulcini, 2020)

Con l'avvento del Covid, l'umanità ha avuto l'opportunità per la prima volta nel corso della storia, di riscoprire quella capacità empatica che le stesse scienze riconoscono oggi come costitutiva della natura umana. Siamo alle porte di una “civiltà dell'empatia”, fondata sul risveglio del senso di condivisione sull'emergere cioè di una coscienza empatica che si predispone alla socialità e alla solidarietà. Quest'ultime sono la forma più

rara e più pura della generosità in quanto implica non solo la capacità di comprendere e di partecipare emotivamente all'esperienza dell'altro, ma anche la capacità di accogliere l'altro, la disponibilità a fare spazio all'altro, nella sua nuda verità, nel vuoto lasciato aperto dall'Io. Nell'attenzione si manifesta in altri termini il primo fondamentale segno della moralità, quale testimonianza di un passaggio ulteriore, rispetto all'attitudine neutra dell'empatia, di un vero e proprio accesso all'etica e ai sentimenti morali. Quest'ultimi, come afferma Hume, sono quelli che tendono al bene della società e dell'umanità, o per evocare di nuovo i termini ancora più radicali di Smith, quelli che inducono l'essere umano a "interessarsi della sorte altrui e gli rendono necessaria l'altrui felicità". Sono insomma sentimenti virtuosi e disinteressati e che vanno dunque distinti dalle passioni (o emozioni) genericamente intese le quali includono anche aspetti distruttivi, egoistici o perlomeno ambivalenti. I sentimenti morali non sono solo i sentimenti "positivi" (tra cui appunto la compassione, la simpatia, l'amore) come invece sostiene la tradizione del sentimentalismo morale, ma possono corrispondere anche a passioni tradizionalmente considerate "negative" o conflittuali. Basti pensare all'*indignazione* e all'*ira* che come ci ricorda Peter Sloterdijk, hanno spesso funzionato come fonti di movimenti sociali emancipativi; alla *vergogna*, in quanto implica la volontà di correggersi da parte del Sé per non incorrere nel giudizio dell'altro, o al *senso di colpa* nel quale la psicologia individua da sempre la potenziale fonte della coscienza morale; e si pensi persino alla *paura* quanto diventa *paura per*, paura per la sorte dell'altro, come suggeriva Hans Jonas nella sua proposta di un'etica della responsabilità. (Pulcini, 2020)

Ma di fronte al bisogno e alla sofferenza dell'altro, è possibile attivare emozioni empatiche, soprattutto quando è distante nello spazio? Come scrive Pulcini nel suo libro "Tra cura e giustizia", l'empatia è uno stato neutro che acquista forza motivante laddove dà origine a emozioni eticamente orientate, laddove cioè si traduce in veri e propri sentimenti morali. Il rischio è quello di arrestarsi alla pura dimensione del sentire; un rischio ancora più forte nel caso dell'altro distante nel tempo, dove l'oggetto stesso dell'emozione non ha la forza dirompente che può avere l'assistere concretamente a sofferenza e di ingiustizia. Se insomma questo rischio vale per la compassione di fronte allo spettacolo della sofferenza, varrà ancora più nel caso della paura empatica per altri che saranno potenzialmente provocati dal nostro agire, all'umanità e al pianeta. Dove tutto (l'oggetto e il fine) è più indiretto appare più difficile, ammesso che si riesca ad accedere all'emozione, tradurre quest'ultima in mobilitazione, impegno e azione, data l'incertezza e la sfiducia nel futuro e la difficoltà di individuare le giuste strategie.

Le emozioni parlano un linguaggio non verbale, analogico; ci danno informazioni non su cosa vediamo ma su come guardiamo. Ci dicono qualcosa sulle cornici sociali e culturali che usiamo per interpretare il mondo. Le emozioni si presentano alla coscienza come reazioni involontarie a degli stimoli ambientali, come “giudizi privi di premesse” come “azioni di cui decliniamo la responsabilità”. Inoltre, una stessa situazione può provocare in persone diverse reazioni emozionali diverse e noi stessi in momenti diversi possiamo viverla in modo diverso. Freud non vede le emozioni come dei semplici fattori di disturbo della conoscenza, ma come il veicolo con il quale le informazioni e conoscenze dell’inconscio emergono alla coscienza, pertanto, considerare le proprie emozioni degli strumenti preziosi per guardare non dentro di te ma fuori. Le emozioni sono fondamentali per la conoscenza del mondo di cui facciamo parte, quelle che proviamo nella nostra vita quotidiana sono pienamente sociali e culturali, vanno regolate secondo logiche diverse dalla razionalità favorendo lo spiazzamento, la moltiplicazione dei punti di vista, l’accoglimento dei paradossi; tutte dinamiche che la retorica del controllo esclude perché le giudica prive di senso.

Le emozioni assolvono anche a delle funzioni, basti pensare allo sconcerto, alla sorpresa che non appena abbandoniamo gli stereotipi dobbiamo affrontare un problema di “ambientazione” e allora poiché bisogna e non si può descrivere “tutto”, l’espedito più efficace è scegliere quei particolari che ci sconcertano, ai quali non si pensa quando si pensa a “un ufficio”. Inoltre, l’imbarazzo, la vergogna e il senso di colpa sono considerate regolatrici dell’ordine sociale. Nel senso comune e anche nelle scienze sociali sono considerate le emozioni che “ti rimettono in riga”. L’imbarazzo non è riducibile a un semplice segnale di umore, non è riducibile all’arrossire o al muoversi in modo strano. In qualche modo le emozioni sono come dei passi di danza: ogni volta che proviamo un’emozione e che cerchiamo di interpretare i segni esteriori di emozioni provata, siamo dentro ad una danza e in quel momento dovremmo chiederci di quale danza questi passi sono, al tempo stesso, parte e proposta. Le emozioni sono danza e dialogo, un dialogo con i nostri moti emozionali e lo stile con il quale li gestiamo. In questo dialogo emozionale ci vuole distacco e coinvolgimento, attesa e intesa per poter giungere a un’“autoconsapevolezza emotiva”. (Sclavi, 2003)

Nel momento in cui si chiede aiuto, si cerca cura, tutto può risultar difficile ma cogliendo l’attimo e mettendo in preventivo una serie di fallimenti è fondamentale per potersi “aprire” a questa richiesta, altrimenti il momento giusto con le circostanze perfette

per poter chiedere aiuto, non ci saranno mai e tutto verrà rinviato ad un tempo futuro ideale che stenterà a giungere.

All'interno della relazione di cura, oltre alle emozioni, un'altra componente importante e fondamentale fin tanto che tale rapporto si sviluppi in modo positivo, è la fiducia. La fiducia è essenziale nel legame sociale. Godbout (2002) osserva che è così che si può comprendere il discorso degli attori che esprimono la loro fiducia in una rete in cui le cose circolano e finiscono col tornare in un modo o nell'altro, una sorta di legge dell'universo o della società che fa sì che si doni perché si vuol far parte di questo sistema, perché si sente che ciò rientra tra le condizioni del far parte della società. (Pulcini, 2020)

Ma che cos'è la fiducia? Il termine *fiducia* deriva dal verbo “fidere” che significa *fidare, confidare*, pertanto la possiamo definire come quell'atteggiamento verso altri o verso sé stessi che risulta da una valutazione positiva di fatti, circostanze, relazioni, per cui si confida nelle altrui o proprie possibilità, e che generalmente produce un sentimento di sicurezza e tranquillità.

In ambito psicologico la fiducia viene definita come un sentimento che caratterizza la relazione che abbiamo con noi stessi e con gli altri. La fiducia si basa sulla sensazione di essere al sicuro, sulla certezza di poter contare sull'altro o sulle nostre capacità. L'individuo prima ancora di entrare in relazione con gli altri, pone la fiducia nell'altro, in qualche modo si deve sentire sicuro, fidare di colui che ha di fronte, al fine di poter sviluppare un qualsiasi tipo di rapporto che va dall'amicizia, al lavoro, al sentimento. La fiducia è la base della gran parte delle relazioni sociali, è il carburante relazionale che permette gli scambi umani in diversi ambiti, dalla famiglia, agli amici, alla politica, ai commerci. Se da un lato la fiducia permette gli scambi, dall'altro invece fonda la relazione sulla dipendenza poiché l'altro a cui assegna fiducia ha un certo potere su di me.

L'essere umano, quando pone fiducia nell'altro, è nella posizione di apertura relazionale, ma prima di dare avvio a questo processo, l'individuo si pone nella posizione di conoscenza dell'altro, proprio per poter verificare se colui è meritevole di fiducia (“mi posso fidare di lui”, inteso come soggetto sia femminile che maschile) e pertanto può continuare quel processo di conoscenza reciproca oppure se interromperlo. La persona si basa su degli elementi personali e soggettivi che gli fungono da indicatori per poter

etichettare quella persona come meritevole di fiducia, diventando così la fiducia anche una forma di scambio.

La psicologia sociale definisce tre forme principali della fiducia: la fiducia di base, la fiducia interpersonale e la fiducia istituzionale.

Di queste tre forme principali di fiducia, ci si è occupati in particolar modo, della fiducia interpersonale che è quel senso di rassicurazione rispetto a sé stessi e al mondo che prende le sue mosse durante la socializzazione.

La fiducia interpersonale, la si può in qualche modo definire come l'input per il processo di socializzazione e tale processo avviene durante l'intera esistenza del soggetto.

Se prendiamo in considerazione i dati rilevati dall'Istat in merito a questo tema e analizziamo la popolazione italiana dai 14 anni in poi, nell'arco temporale che precede la diffusione del virus da Sars Covid-19 fino al 2021 che è periodo pandemico ancora non conclusosi, e li si considerano sia in relazione all'età, al genere, alla professione e alla distribuzione a livello nazionale, emergono dei dati significativi. Per l'analisi sono stati, inoltre, estrapolati e considerati i dati rilevati in due categorie dall'Istat, ossia le persone dai 14 anni e più che hanno risposto che "gran parte delle persone meritano fiducia" e coloro che hanno riportato che "bisogna stare attenti". Rispetto a queste due categorie, sono stati analizzati considerando il sesso, il grado di istruzione e la posizione lavorativa e professionale, in tal modo da poter vedere se il fenomeno riguarda più i maschi o le femmine, quali categorie di lavoratori e grado di istruzione. Dall'elaborazione emerge quanto riportato nei grafici e nelle tabelle successive.

**Tabella 1 – Distribuzione per genere della fiducia interpersonale per il periodo 2018-2021 popolazione dai 14 anni in su**

PERIODO			Gran parte della gente è degna di fiducia	Bisogna stare molto attenti
2018	MASCHI		5736	19374
	FEMMINE		5323	21545
		TOTALE	11059	40919
2019	MASCHI		6494	18612
	FEMMINE		6110	20670
		TOTALE	12604	39282
2020	MASCHI		6176	18837
	FEMMINE		6042	20750
		TOTALE	12218	39587
2021	MASCHI		6829	18059
	FEMMINE		6561	20076
		TOTALE	13390	38135

Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

Per tutto l’arco di tempo considerato (dal 2018 al 2021), il numero di persone che ritiene di dover stare molto attenti è sempre stato maggiore rispetto a coloro che hanno riportato che gran parte della gente è degna di fiducia e in particolar modo sono le femmine a riportare in maggior numero il fatto di stare molto attenti.

Mentre nel 2019 il fatto di dover stare molto attenti ha subito un decremento generale, nel 2020 si nota un incremento per poi ritornare a diminuire nel 2021, periodo in cui la pandemia è sfociata; pertanto, si potrebbe sostenere che il fenomeno pandemico ha portato con sé la perdita di fiducia nell’altro.

Considerando la fiducia interpersonale in relazione al titolo di studio, si può notare dalla tabella n.2 che nell’arco del periodo considerato che va dal 2018 al 2021 il totale delle persone che ha risposto che gran parte della gente è degna di fiducia, ha invertito la tendenza crescente nell’anno 2020 per poi riprendere ad aumentare notevolmente nell’anno 2021. Questa tendenza riguarda in generale tutte le persone, ma in particolar modo è stata avvertita da coloro che sono in possesso di diploma.

Se analizziamo la categoria “bisogna stare molto attenti”, si rileva che per tutti gli anni diminuisce, eccetto che per l’anno 2020 che è aumentata, ma analizzando le singole categorie in relazione al titolo di studio, si nota che per coloro che hanno la licenza di scuola elementare o nessun titolo di studio, ha avuto una diminuzione ogni anno del periodo considerato, cosa che invece non lo è per tutte le altre categorie.

**Tabella 2 – Distribuzione della fiducia interpersonale, per titolo di studio, della popolazione dai 14 anni in su periodo 2018-2021**

	<b>Titolo di studio</b>	licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	licenza di scuola media	diploma	laurea e post-laurea	totale
<b>Periodo</b>						
2018		..	..	..	..	..
	gran parte della gente è degna di fiducia	1091	2746	4547	2675	11059
	bisogna stare molto attenti	7269	14014	14858	4778	40919
2019		..	..	..	..	..
	gran parte della gente è degna di fiducia	1329	3306	4976	2994	12604
	bisogna stare molto attenti	6957	13222	14092	5011	39282
2020		..	..	..	..	..
	gran parte della gente è degna di fiducia	1302	3217	4772	2928	12218
	bisogna stare molto attenti	6786	13538	14186	5077	39587
2021		..	..	..	..	..
	gran parte della gente è degna di fiducia	1341	3269	5411	3369	13389
	bisogna stare molto attenti	6294	12001	14605	5236	38136

Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

Se analizziamo la fiducia interpersonale dal punto di vista lavorativo considerando la posizione di occupato e di disoccupato in cui vi rientrano coloro che sono in cerca di lavoro o di una prima occupazione, dai dati elaborati nella tabella n.3 e nella tabella n.4 per entrambe le categorie (“gran parte della gente è degna di fiducia”, “bisogna stare molto attenti”) gli occupati sono in maggioranza. Se si confrontano i grafici, nel grafico n.1 emerge che i disoccupati hanno un andamento costante in crescita, mentre gli occupati nel 2020 hanno subito un decremento; dal grafico n.2, in cui è stata considerata la categoria “bisogna stare molto attenti”, gli occupati presentano un andamento decrescente costante, mentre per i disoccupati dopo una diminuzione nel 2019, si rileva un aumento per tutti gli altri anni.

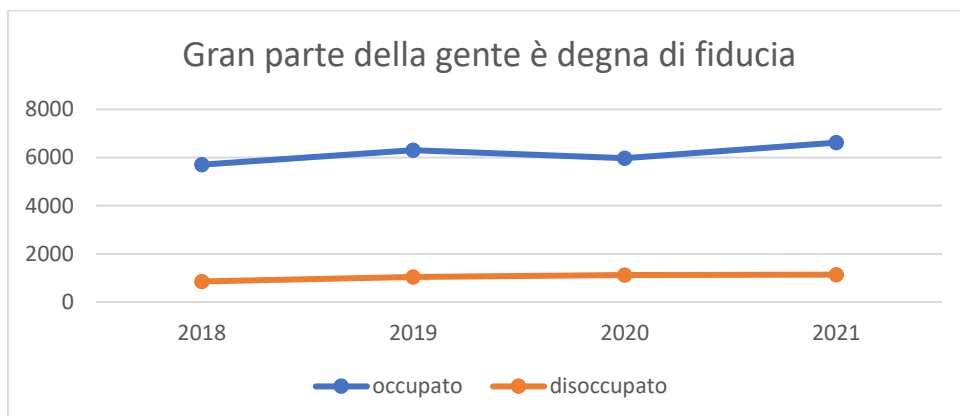


**Tabella 3 – Distribuzione della fiducia interpersonale per occupazione della popolazione dai 14 anni in su periodo 2018-2021**

Gran parte della gente è degna di fiducia		Condizione lavorativa	
		occupato	disoccupato
Periodo			
2018		5703	855
2019		6298	1040
2020		5969	1114
2021		6618	1138
	Totali	<b>24588</b>	<b>4147</b>

Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

**Grafico 1 – Distribuzione della fiducia interpersonale per la posizione lavorativa nel periodo 2018-2021**



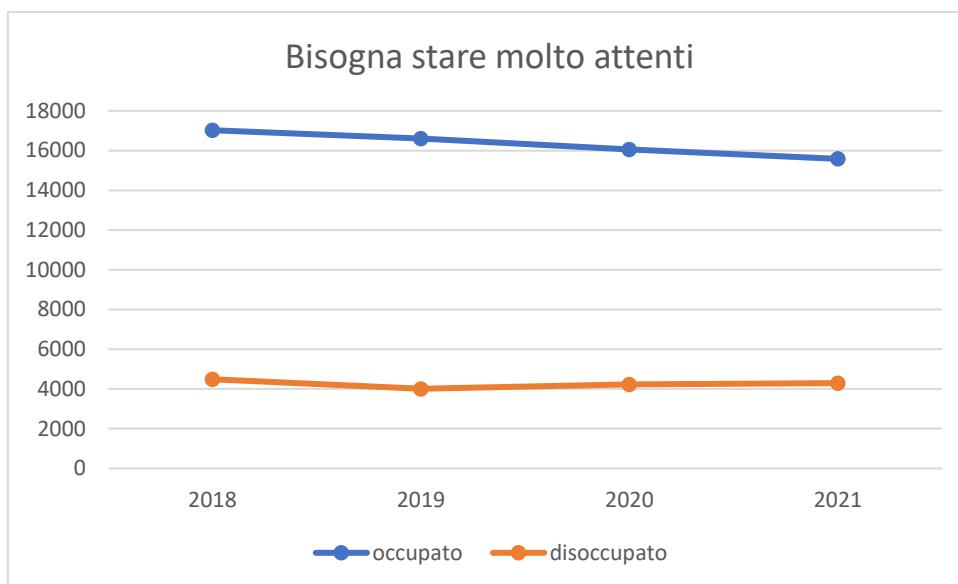
Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

**Tabella 4 – Distribuzione della fiducia interpersonale per occupazione della popolazione dai 14 anni in su periodo 2018-2021**

Bisogna stare molto attenti		Condizione lavorativa	
Periodo		occupato	disoccupato
2018		17023	4487
2019		16598	4010
2020		16053	4234
2021		15583	4287
	<b>Totali</b>	<b>65257</b>	<b>17018</b>

Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

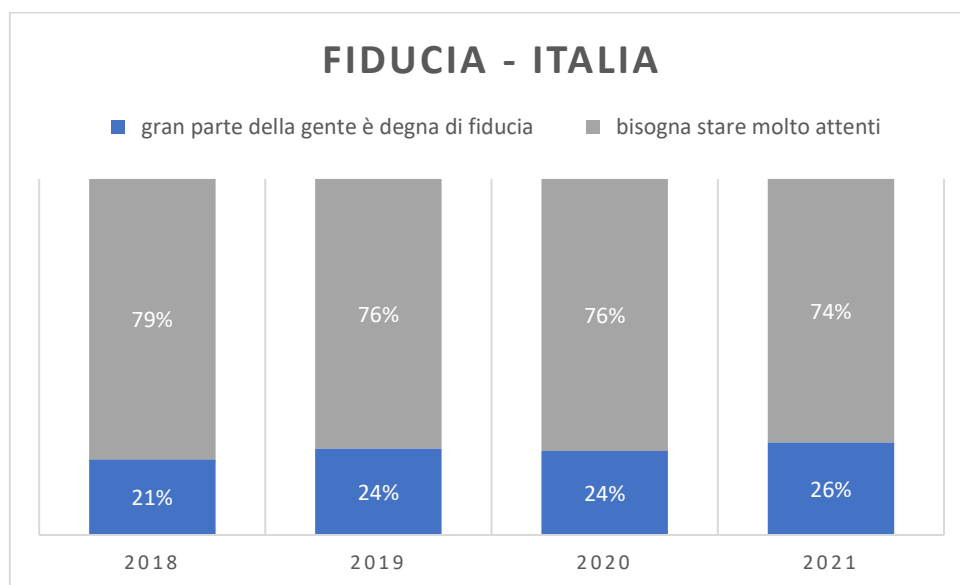
**Grafico 2 – Distribuzione della fiducia interpersonale per la posizione lavorativa nel periodo 2018-2021**



Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

Il fenomeno della fiducia interpersonale a livello nazionale per il periodo 2018-2021 vede un incremento annuale delle persone che ritengono che gran parte della gente è degna di fiducia e in particolar modo per gli anni 2019 e 2020 hanno registrato la medesima percentuale anche se la categoria “bisogna stare molto attenti” è di gran lunga maggiore rispetto alla precedente. Per quest’ultima si riporta un decremento annuale anche se nella stessa percentuale (76%) per gli anni 2019 e 2020.

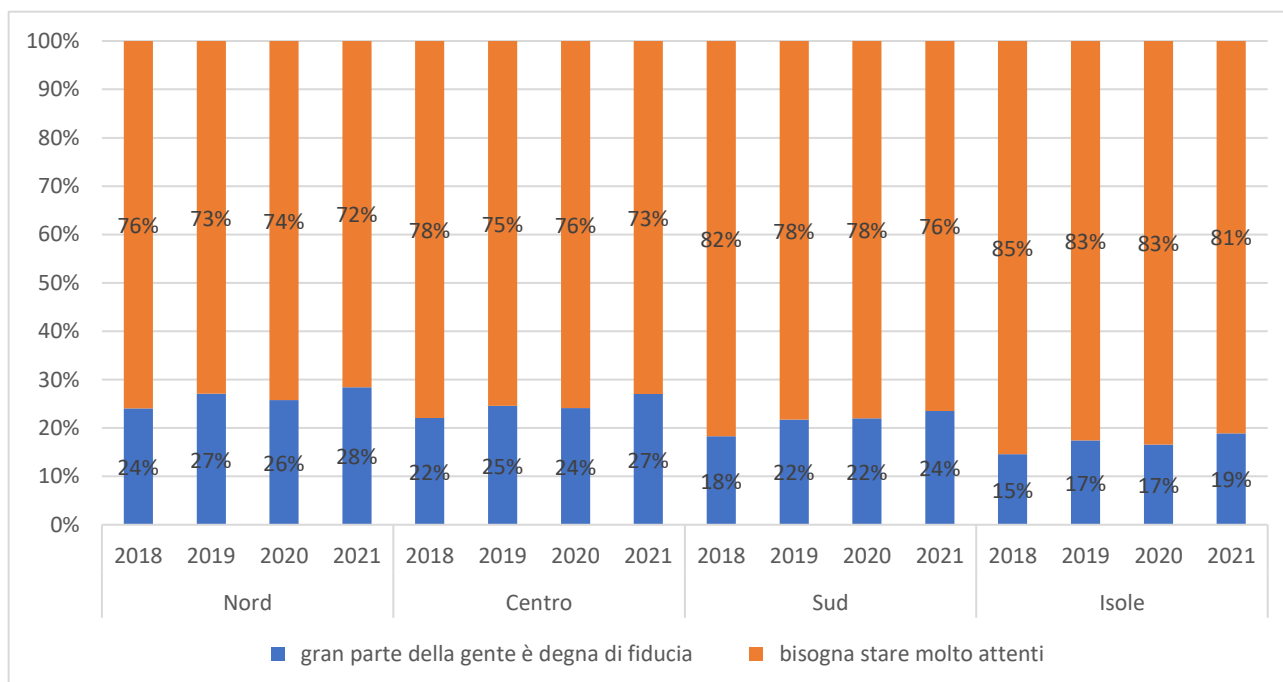
**Grafico 3 – Distribuzione della fiducia interpersonale a livello nazionale nel periodo 2018-2021**



Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

Il grafico n.4 ci permette di analizzare la distribuzione, del fenomeno, geograficamente e si denota che le percentuali inferiori per entrambe le categorie riguardano le isole eccetto per l’anno 2018 che al Sud la percentuale della categoria “gran parte della gente è degna di fiducia” è del 18% ed inoltre per gli anni 2019 e 2020 sia al Sud che nelle isole, le percentuali sono rimaste invariate. Al Nord e al Centro il fenomeno ha rilevato un andamento di variabile nel periodo considerato.

**Grafico 4 – Fiducia interpersonale per aree geografiche nel periodo 2018-2021**



Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

Focalizzando l'analisi ancor di più e considerando le aree in relazione alla densità di popolazione, si rileva un divario notevole tra la categoria “gran parte della gente è degna di fiducia” e “bisogna stare molto attenti” e quest'ultima supera di gran lunga la precedente. Soffermandoci ad analizzare i singoli periodi, il fatto di dare fiducia agli altri, per i territori di pochi e molti abitanti (fino a 2000 ab. e oltre i 50000 ab.) aumenta progressivamente ogni anno e di conseguenza per la categoria “bisogna stare molto attenti” vi è una diminuzione progressiva. Le fasce con densità di popolazione dai 2000 ai 50000 abitanti, registrano un andamento variabile nel periodo e dall'anno 2019 all'anno 2020 vi è stato un decremento relativo al fatto che la gran parte della gente è degna di fiducia.

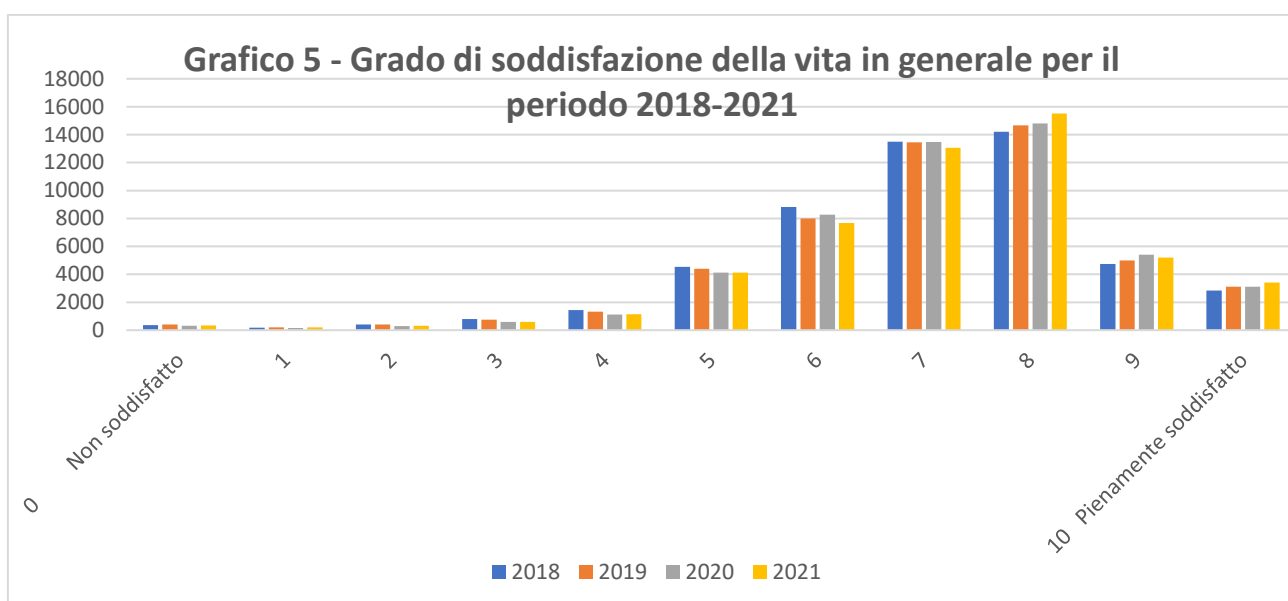
**Tabella 5 – Distribuzione della fiducia interpersonale per densità di popolazione per il periodo 2018-2021**

<b>Territorio</b>	<b>Periodo</b>	<b>Gran parte della gente è degna di fiducia</b>	<b>Bisogna stare molto attenti</b>
fino a 2000 ab.	<b>2018</b>	564	2262
	<b>2019</b>	657	2115
	<b>2020</b>	671	1977
	<b>2021</b>	704	1955
2001-10000 ab.	<b>2018</b>	2350	9455
	<b>2019</b>	2721	8832
	<b>2020</b>	2622	9019
	<b>2021</b>	3004	8567
10001-50000 ab.	<b>2018</b>	2732	10709
	<b>2019</b>	3259	10187
	<b>2020</b>	2984	10451
	<b>2021</b>	3166	10117
50001 ab. e più	<b>2018</b>	1924	6811
	<b>2019</b>	2133	6694
	<b>2020</b>	2177	6604
	<b>2021</b>	2346	6402
	<b>TOTALE</b>	<b>34014</b>	<b>112157</b>

Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

A questo punto si pone in analisi la fiducia interpersonale con la soddisfazione totale che le persone vivono per poter verificare se vi è correlazione con quanto analizzato fino ad

ora e che ha fatto emergere un cambiamento dall'anno 2019 all'anno 2020, cambiamento che porta a rilevare che la pandemia ha avuto un riflesso sulla fiducia interpersonale portando le persone a porre meno fiducia negli altri e a doversi guardare bene dagli altri. Considerando la soddisfazione per la vita in generale per quanto riguarda i valori centrali della scala che va da “non soddisfatto” a “pienamente soddisfatto” in base a un punteggio assegnato durante la rilevazione dei dati, si nota un andamento opposto tra il valore 5 e il valore 8 che registrano rispettivamente un decremento e un aumento per il periodo considerato, mentre per il valore 6 l'andamento è variabile e le persone che si rispecchiano in tale valore sono maggiori nel 2020 che nel 2019, mentre se si sale la scala dei valori, il valore 7 presenta una distribuzione costante per gli anni dal 2018 al 2020 e un decremento per il 2021.



Oltre a considerare la soddisfazione della vita rispetto alla fiducia interpersonale, si è voluto porre in relazione diretta quest'ultima con l'assenza di amicizie. In generale sono molto di più le femmine, rispetto ai maschi, a non avere amicizie per qualsiasi fascia di età ma se analizziamo il fenomeno per fasce di età, si nota che per i maschi nell'arco temporale considerato, tutte le fasce di età hanno avuto una variazione altalenante nel tempo con picchi maggiori per la fascia di età 25-64 anni. Mentre per le femmine si rileva un incremento costante nel tempo per la fascia di età 15-24 anni e per le altre fasce un andamento variabile. Ponendo in relazione la tabella n.1 con la n.5, il fatto di dover stare molto attenti agli altri che vedeva le femmine in maggioranza, conferma il fatto che hanno meno amici e allo stesso tempo il fatto di aver meno fiducia nell'altro che si è registrata

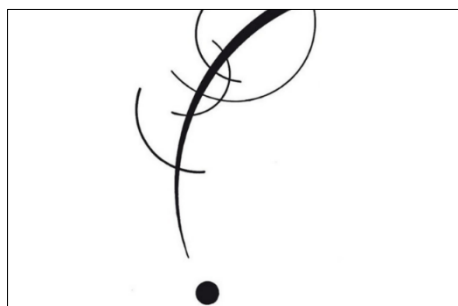
con l'arrivo della pandemia, ha visto però un incremento di coloro che non hanno amici relativo le femmine per la fascia di età 15-24 anni e 65 e più anni. La pandemia sembra aver maggiormente colpito il genere femminile tra le giovani e le persone anziane.

**Tabella 5 – Distribuzione dell'assenza di amici per fasce di età per il periodo 2018-2021**

PERIODO	FASCIA DI ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
2018	15-24 a.	13	11	24
	25-64 a.	189	283	472
	65 a. e più	173	376	549
2019	15-24 a.	17	14	31
	25-64 a.	247	260	507
	65 a. e più	145	258	403
2020	15-24 a.	13	22	35
	25-64 a.	183	235	418
	65 a. e più	153	324	477
2021	15-24 a.	22	23	45
	25-64 a.	226	229	455
	65 a. e più	154	285	439
<b>TOTALE</b>		<b>1535</b>	<b>2320</b>	

Fonte: elaborazione dati I-stat - Aspetti della vita quotidiana (2022)

Come detto precedentemente, la fiducia è fondamentale in una relazione e dopo un evento con un impatto così forte come quello del Covid, il porre fiducia negli altri ha avuto dei riflessi notevoli. Se lo si considera in ambito sanitario, in cui i pazienti si affidano a degli operatori sconosciuti soprattutto nei primi accessi, siano essi ambulatoriali o ospedalieri, la relazione di cura ne ha risentito enormemente di tutto ciò inficiando nel rapporto e richiedendo una maggior impegno, in termini di tempo ed energia, per poter avere fiducia e in qualche modo “conquistare” la possibilità di essere ritenuti capaci, idonei, meritevoli di prestare cura.



Vasilij Kandinskij, Linea

## CAPITOLO 3 Superficie di fondo. Ripensare alla cura e a chi si prende cura: uno sguardo al futuro

“Non che niente al mondo  
che desideri la bellezza e  
sappia diventare bello più dell’anima...  
perciò pochissimi resistono  
al fascino di un’anima che si dedica alla bellezza.”  
(V. Kandinskij)

Per “superficie di fondo” si intende la superficie materiale destinata ad accogliere il contenuto dell’opera. La superficie di fondo è delimitata da due linee orizzontali e due verticali che la definiscono come entità autonoma nel suo ambito. In questo lavoro, la superficie di fondo accoglie e racchiude in sé i risultati tutti gli elementi che sono stati considerati nei capitoli precedenti, quali l’aiuto, la cura, la relazione di cura e inoltre tutto ciò che emergerà dall’analisi del lavoro svolto. La superficie di fondo è una componente dell’opera e allo stesso tempo ne mette in risalto tutti gli elementi dell’opera stessa, dando la possibilità di poter “vedere” al di là dell’immediatezza per poter volgere lo sguardo al futuro. Non si potrà mai raggiungere una assoluta oggettività nell’opera poiché racchiude il sé dell’autore, i suoi vissuti, le sue emozioni, ma in qualche modo si cerca ugualmente di arrivare ad un’oggettività, in modo tale da influenzare il meno possibile chi si pone in “ascolto” dell’opera e lasciando le svariate possibilità di interpretazione e “lettura” a chi sta di fronte ad essa stessa. L’oggettività assoluta non dipende solo dalla natura degli elementi singoli, ma dalla natura della superficie di fondo stessa. Ogni artista sente il “respiro” della superficie di fondo inviolata e che egli si sente responsabile di fronte a questo essere e si rende conto che un oltraggio sconsiderato fatto ad esso avrebbe in sé qualcosa di delitto. L’artista “feconda” questo essere e sa che la superficie di fondo accoglie di elementi giusti, nell’ordine giusto. Questo organismo, primitivo ma vivente, si trasforma, attraverso un giusto trattamento, in un nuovo organismo vivente, che non è più primitivo, ma rivela tutte le proprietà di un organismo sviluppato; ed è ciò che ci si propone di fare con questo lavoro di tesi, ossia di trasformare l’organismo primitivo (il processo di cura) in un organismo più sviluppato volgendo lo sguardo al futuro.

La superficie di fondo, come detto precedentemente, è delimitata da quattro linee, due verticali e due orizzontali. Se si considerano le linee orizzontali e in particolare la linea che sta sopra, il “sopra” suscita l’immagine di una maggiore scioltezza, un senso di

leggerezza, di liberazione, di libertà. La “scioltezza” si congiunge con la densità poiché, quanto più le singole, più piccole superfici sono vicine al limite superiore della superficie di fondo, tanto più appaiono disgregate. Se invece si considera la linea orizzontale di fondo, il “sotto” ha un effetto del tutto opposto: condensazione, pesantezza, vincolo. Quanto più ci si avvicina al limite inferiore della superficie di fondo, tanto più densa diviene l’atmosfera, le singole superfici più piccole stanno sempre più vicine l’una all’altra e con ciò sopportano le forme più grandi e più pesanti con sempre maggiore facilità. Un po’ come le varie componenti dell’aiuto: man mano che ci si addentra in essa, più si riducono di dimensioni le sue componenti (la cura, la relazione, la comunicazione, il tatto, i bisogni, etc.) che lo sostengono. L’”ascendere” diventa più difficile, le forme sembrano liberarsi con violenza ed è quasi udibile il sibilo dell’attrito. La libertà del movimento è sempre più limitata e l’impedimento raggiunge il suo massimo. Se in qualche modo dovessi “entrare” nell’opera e prendere posizione nella superficie di fondo, più si sta verso il basso e più si è immobilizzati e la direzione del nostro sguardo per osservare ciò che ci circonda rimane fisso, ma se ci si eleva verso l’alto, anche assumendo dimensioni maggiori e con un peso maggiore, si può godere di quella libertà di movimento e di scioltezza che permette di volgere lo sguardo ovunque per poter cogliere più elementi, informazioni, dettagli, che ci circondano. Se consideriamo, invece, le linee verticali (destra e sinistra), si tratta di tensioni il cui suono interno viene determinato dalla quiete calda e sono affini all’ascesa. La parte “sinistra” della superficie di fondo ci dà una impressione di maggiore scioltezza, un senso di leggerezza, di liberazione e infine, di libertà, ripetendosi così, la caratterizzazione dell’”alto”. La principale differenza sta solo nella gradazione di queste proprietà; il modo di “essere sciolto” dell’”alto” rappresenta un grado superiore di scioltezza. Il movimento verso “sinistra” (andare fuori) è un movimento verso la lontananza. In questa direzione l’uomo si allontana dal suo ambiente abituale, si libera delle forme usuali che pesano su di lui, che bloccano i suoi movimenti in un’atmosfera quasi pietrificata e respira sempre più liberamente: va in cerca di avventure. Il movimento verso “destra” è un movimento “verso casa”. Questo movimento è connesso con una certa stanchezza e il suo scopo è la quiete, quella tranquillità che si cerca dopo un momento intenso, carico di fatica, per poter trovare ristoro per il proprio corpo e la propria mente. (Kandinskij, 2022)

In quella che è la superficie di fondo della medicina, la transizione sanitaria ha trasformato il panorama della cura, passando da una medicina orientata alla patologia a una presa in carico della cronicità, assumendo un nuovo linguaggio della cura che si



distingue dalla cura poiché, sempre più spesso le malattie si cronicizzano e alla guarigione non ci si arriva, ma si stabilisce un nuovo equilibrio in cui la malattia viene accolta dal corpo, dalla mente, dalla persona e diventa a far parte di essa e ciò che rimane è la relazione di cura che permette il ripristino di un nuovo equilibrio e il mantenimento di esso. Rimane il fatto di dover accettare tutto ciò in questa superficie di fondo in cui i piccoli elementi sorreggono quelli di dimensioni maggiori.

Nella transizione della medicina della cura alla medicina della cronicità, le culture cliniche stanno assumendo pian piano nuove forme. Le forme che sono in movimento per questo cambiamento sono legate alla cultura biomedica entro cui il tutto deve essere compreso. Se non si comprende la cultura entro cui ci si sta muovendo, diventa difficoltoso favorire quello che è il cambiamento e di conseguenza i sistemi di assistenza e le competenze di chi vi opera. Si viene così a creare la necessità di avere nuovi modelli di benessere e di assistenza che dovrebbero essere identificati e coltivati nei diversi contesti culturali, pertanto avere uno sguardo rivolto al futuro per poter continuare questo processo evolutivo della cura.

Nel momento in cui si pensa al futuro, e in particolare alla medicina del futuro, sorge spontaneo il pensiero collegato alla tecnologia, alle nuove strumentazioni sempre più sofisticate, alla digitalizzazione. La scienza per esistere deve fare affidamento sugli apparati sperimentali, che sono artefatti tecnici: senza tecnologia, la scienza rimarrebbe allo stadio di idea eccentrica. (Mongili, 2007)

Negli ultimi anni, la tecnologia e in particolare l'uso dei media sociali e delle applicazioni Web 2.0 è aumentato in tutto il mondo. Organizzazioni e individui utilizzano queste nuove tecnologie in diversi momenti e ambiti della loro vita quotidiana avendo dei risvolti sia in termini di tempo, economia ed efficienza.

I media sociali possono essere classificati in cinque categorie principali:

1. *blog* o riviste on-line,
2. *social network* (ad esempio Facebook o MySpace),
3. *piattaforme di condivisione di contenuti*, incentrate sulla condivisione di particolari tipi di contenuto (ad esempio, YouTube e Vimeo per i contenuti video, Flickr per le fotografie, Wikipedia per contenuti enciclopedici),
4. *forum di discussione* costruiti attorno ad un interesse o ad un argomento specifico,

5. *aggregatori di contenuti*, applicazioni che consentono agli utenti di personalizzare e organizzare il contenuto che selezionano e a cui desiderano accedere, come i feed RSS.

I media sociali hanno contribuito al passaggio da un paradigma comunicativo tradizionale “uno a molti”, top-down e centralizzato ad un modello più complesso “multi-a-molti-a-molti”. L’utilizzo degli strumenti offerti dai media sociali può contribuire al raggiungimento di obiettivi di comunicazione per la salute, ossia offre “un approccio multiforme e multidisciplinare per raggiungere diversi tipi di pubblico e condividere informazioni sulla salute con l’obiettivo di influenzare, coinvolgere e sostenere gli individui, le comunità, gli operatori sanitari, i gruppi specifici, i decisori e il pubblico; introdurre, adottare o sostenere un comportamento, una pratica o una politica che, in ultima analisi, migliori i risultati di salute”. Da questa prospettiva di comunicazione per la salute, i media sociali possono essere degli strumenti utili per raggiungere diversi tipi di pubblico ed influenzare il comportamento, in quanto la tecnologia permette interventi più avanzati, personalizzati o creati ad hoc. Nel settore della sanità pubblica, i media sociali sono integrati in modo sempre più frequente in programmi e campagne volte a informare o sensibilizzare il pubblico su specifici temi concernenti la salute o per promuovere l’adozione o il mantenimento di comportamenti “salutari”. (Barbera, 2011)

Il modello di erogazione dell’assistenza sanitaria necessita di una riflessione sulle opportunità di innovare i modelli organizzativi e di erogazione dei servizi assistenziali sanitari a partire dalle possibilità offerte dall’innovazione tecnologica.

Nel corso degli anni, la tecnologia ha portato un contributo rivoluzionario alla medicina introducendo macchinari informatizzati e strumentazioni tecnologiche in grado sia di migliorare i processi diagnostici sia la relazione con il paziente al di là di una compresenza fisica di spazio e tempo condivisi. Il cuore di queste innovazioni è la medicina nella sua identità, immutata nel corso dei secoli, di lotta alla malattia e promozione della salute nei pazienti e nella comunità.

Se già prima dell’avvento del Covid si parlava di telemedicina, con esso si è iniziato a farne un uso sempre maggiore in seguito alla gestione della situazione pandemica. Per telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT) in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente non si trovano nella stessa località. Nel 1997, l’OMS la definisce come

“L’erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell’informazione e delle telecomunicazioni”. Ciò che qualifica la telemedicina è pertanto il prefisso “Tele” ovvero la distanza dall’operatore sanitario che eroga la prestazione, indipendentemente dalla tecnologia con cui si realizza il contatto. Il termine telemedicina fu coniato negli anni ’70 dall’americano Thomas Bird anche se le origini di questa tecnologia risalgono agli inizi del XX secolo quando Willem Einthoven sviluppò il primo elettrocardiografo nel suo laboratorio di Leiden. Con l’uso di un galvanometro a stringa e fili telefonici, egli registrò gli impulsi elettrici cardiaci dei pazienti in un ospedale a un chilometro e mezzo di distanza. Le sue parole suonano attuali: “Dove c’è un legame, reale e figurativo, tra laboratorio e ospedale, e la collaborazione tra fisiologo e clinico, ognuno dei quali rimane padrone nel suo territorio, ci si può fruttuosamente avvalere di questi nuovi metodi elettrici di ricerca”. L’inserimento della telemedicina può avvenire in modi diversi. La più semplice è la modalità della videochiamata o videoconferenza. In merito alla telemedicina il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2012 il documento di indirizzo. Si possono distinguere nei seguenti contesti: Telemedicina specialistica con tele-visita in cui il medico interagisce a distanza con il paziente, teleconsulto per indicazioni di diagnosi e/o scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente, tele-cooperazione che consiste nell’assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario a un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario; Tele-salute (assistenza primaria) permette al medico di medicina generale di interpretare a distanza i dati necessari al Tele-monitoraggio di un paziente; Tele-assistenza si intende un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di “supporto” da parte di un centro servizi. La teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale con confini sfumati verso quello sanitario con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale. L’emergenza sanitaria da Sars Covid-19 ha spinto i medici di medicina generale ad adottare strumenti di telemedicina. Quest’ultima ha il potenziale di affiancare la visita medica fisica tradizionale e quindi migliorare l’accesso, l’efficacia ed efficienza dell’erogazione dei servizi sanitari. (Telemedicina, 2020)

Il Covid-19 ha velocizzato l’uso del virtuale sia in contesti privati che professionali. Ciò si è rivelato molto utile nella pratica medica, in particolare nel supporto psichico, dietologico, cronico, nonostante sia ancora discriminante per le categorie poco

digitalizzate ma già precedentemente vi era un fermento legislativo a partire dall'Unione Europea che ha emanato una Comunicazione n. 689/2008, per promuovere la telemedicina e in Italia l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha istituito un Tavolo tecnico per redigere Linee di indirizzo nazionali.

Gli "attori" della telemedicina sono gli stessi della medicina: pazienti, medici, infermieri, altri operatori sanitari e sociosanitari, caregivers ma ciò che è mutato in essa è la relazione con il paziente online. Alcuni tratti caratteristici della relazione di cura sono rimasti invariati rispetto a quella in presenza ma altri tratti peculiari richiedono una formazione ad hoc.

La telemedicina è una parte della più ampia *eHealth* che prevede di attivare processi di istruzione, diagnosi, terapia e cure legate alla salute, compresi i processi di sensibilizzazione sui temi di salute. La Telemedicina definisce l'uso della tecnologia per il trattamento dei pazienti. La *Telehealth* copre anche servizi non clinici come campagne sanitarie, formazione manageriale, educazione sanitaria, educazione alla salute, promozione della salute, sorveglianza e accompagnamento del paziente nel delicato processo di cambiamento degli stili di vita, aprendo prospettive nuove. In questo ambito possono risultare proficue alleanze di integrazione tra il medico e figure professionali di supporto. Fra queste, i counselor (educatori specializzati, psicologi) possono svolgere un lavoro *online* di presa in carico del paziente per accompagnarlo nel cambiamento che la malattia impone, al fine di raggiungere qualità sostenibili e soddisfacenti di salute possibile-

Il termine telemedicina risulta talvolta ambiguo, proprio perché ha le sue origini nei due termini inglesi distinti '*telehealth*' e '*telemedicine*', che in italiano traduciamo con un unico termine: telemedicina. L'OMS si riferisce nella sua definizione di *telemedicine* all'incontro tra professionista della salute e paziente in un contesto virtuale, differenziandola dalla *telehealth* – che in italiano possiamo tradurre letteralmente con 'telesalute, teleassistenza o sanità in rete' – ovvero il complesso di tecnologie che permette di controllare lo stato di salute del paziente da remoto.

La telemedicina contribuisce a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria; consente la fruibilità di cure, servizi di diagnosi e consulenza medica a distanza; permette il costante monitoraggio di parametri vitali, anche al fine di ridurre il rischio d'insorgenza di complicazioni in persone a rischio o affette da patologie croniche. Oggi, sfruttando le nuove tecnologie informatiche, permette un colloquio diretto tramite audio o video tra medico e paziente e la trasmissione protetta e criptata di documenti, referti, diagnosi.

Queste modalità di visita possono essere applicate in tutte le situazioni in cui non sia necessario il contatto fisico tra medico e paziente, ad esempio per il monitoraggio della terapia farmacologica. Tuttavia, non mancano criticità legate all'impiego della telemedicina. In particolare, la telemedicina può essere discriminante per le categorie di pazienti meno abbienti e più anziani e meno digitalizzati. Il Covid-19 ha anticipato e velocizzato un cambiamento già avviato molti anni prima risalente alla “terza rivoluzione industriale”, in cui l'avvento di computer, raggi X, TAC, documentazione elettronica hanno affinato ricerche, diagnosi, risultati e cure. In questo periodo storico stiamo vivendo la “quarta rivoluzione industriale”, connotata dal dominio della tecnologia: la telemedicina è, dunque, il naturale frutto dell'evoluzione tecnologica, che ha raggiunto livelli sempre più sofisticati, dando spazio alla comunicazione online, che la pandemia ha ampliato in modo esponenziale. La telemedicina in particolare necessita dell'individuazione di competenze relazionali, in quanto contesto complesso che va conosciuto per ottimizzarne la produttività in termini sia di presa in carico del paziente, sia di benessere del professionista. Tali competenze sono in parte condivise con le competenze comunicative in presenza e in parte peculiari al contesto in remoto. La pratica medica e la presa in carico del paziente avvengono in un contesto relazionale e comunicativo, tra operatori, con i pazienti e i familiari; dunque, non è scontato interrogarsi sul valore che attribuiamo da professionisti alla qualità della comunicazione come aspetto identitario. Come visto nel capitolo 2 in cui è stata trattata la relazione di cura, sappiamo che la comunicazione è la “differenza che fa la differenza” a parità della *techné* (nel pensiero greco: abilità, perizia professionale, padronanza delle regole di un mestiere), nella presa in carico del paziente, eppure è ancora lasciata alle singole sensibilità.

Ci sono aspetti tecnici relazionali e metodologici da tenere presenti al fine di creare un *setting* confortevole in telemedicina, ovvero un ambiente in cui paziente e operatore sanitario si trovino a proprio agio. Perché una visita in telemedicina funzioni bene è necessario che il *setting* dell'operatore sanitario e del paziente consenta un confronto aperto e chiaro che predisponga all'ascolto. Nella comunicazione in presenza il professionista conosce perfettamente il suo contesto e si muove a suo agio, mentre non è detto che abbia la stessa percezione nella comunicazione in remoto, vivendo emozioni destabilizzanti. Quando l'operatore sanitario è in stato di agitazione dovuto all'utilizzo degli strumenti virtuali nello svolgimento della visita con il paziente, la comunicazione può risentirne in termini di qualità. Possiamo immaginare che anche nel mondo del paziente esistano perplessità. Per quanto le nuove generazioni, definite digitalizzate, si

sappiano orientare molto meglio delle generazioni precedenti, è innegabile che siamo protagonisti di un cambiamento in cui possiamo sperimentare sensazioni emotive contrapposte: a volte possiamo essere elettrizzati dalla dimensione “risorsa”, a volte possiamo sentirci inadeguati e a disagio. Prendersi cura anche a distanza significa allestire spazi, gestire tempi e costruire relazioni capaci di rendere “viva” la relazione educativa» perché l’online cambia la modalità di interazione tra i diversi attori coinvolti e di conseguenza anche la relazione. Per esempio, accendere e spegnere le telecamere, le interferenze di connessione, la voce più metallica e l’impossibilità di comprendere chi si sta guardando giocano un ruolo fondamentale durante il processo di interazione. Cambiano pertanto i livelli di attenzione e di partecipazione.

Nella telemedicina ci si trova di fronte alla mancanza di un setting strutturato come invece lo è l’ambulatorio o la stanza del reparto e ci si trova di fronte all’assenza della corporeità: non si tratta solo di semplice distanza, ma gli sguardi e il reciproco guardarsi risultano essere differenti rispetto a una comunicazione diretta e in presenza. (Di Bari, 2020; Talarico, 2021)

La percezione corporea nei contesti *online* è bidimensionale e non più tridimensionale: non prevede la figura intera ed è soggetta ad imprevisti peculiari, tanto da potersi interrompere, “frizzare”, andare fuori sincro e condizionare l’armonia comunicativa: come gestire queste novità? La nostra stessa immagine, compare nel monitor ed è a noi visibile, scompaginando il grado di concentrazione: cosa cambia se vediamo nel monitor l’immagine di noi stessi mentre comunichiamo e che in presenza non ci è dato di vedere? Nel *setting* di comunicazione virtuale entrano nella relazione alcuni strumenti, la cui presenza ed utilizzo condizionano la comunicazione (si pensi alle cuffie e al microfono, caldamente raccomandati per garantire una migliore qualità audio): siamo consapevoli di tutti gli strumenti implicati e di come utilizzarli al meglio? Come cambia il grado di coinvolgimento se percepiamo gli odori, come avviene in presenza, oppure no? Come ci regoliamo con gli orari? Nei *setting* di comunicazione virtuale il professionista può modificare la sua posizione nella postazione? Quando l’operatore sanitario rileva un disturbo di interferenza durante la visita in telemedicina come è più corretto comportarsi? Deve segnalare o meno al paziente l’interferenza per renderlo partecipe e tentare insieme di risolvere il problema? Quali strumenti abbiamo a disposizione per gestire eventuali interferenze legate alla connessione o all’uso della tecnologia? In sostanza, come possiamo agire pienamente in remoto? Questi sono i quesiti che ci sorgono con l’utilizzo dell’online e che in qualche modo dovranno trovare risposte per poter

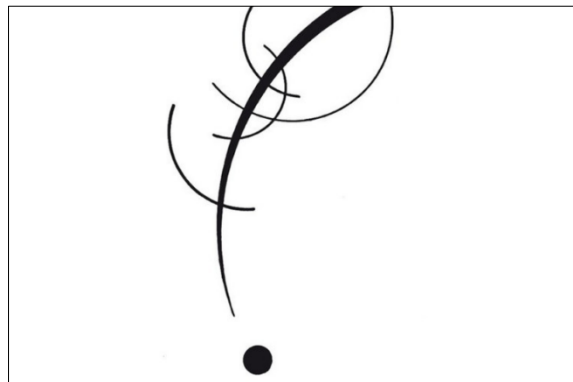
continuare questo processo evolutivo che sembra già essere orientato verso una direzione. (Pasquarella, Consolandi, Agrusta, 2022)

L'introduzione della tecnologia, e in particolare in ambito sanitario con la telemedicina, sembra che vi sia stata una sorta di disumanizzazione delle cure. Un percorso iniziato negli ultimi due secoli nelle società urbane dell'Occidente industrializzato che ha visto protagonisti straordinari sviluppi, ma anche altrettante conseguenze che hanno portato più lontano da un approccio "olistico", cioè capace di guardare non solo alla dimensione organica della salute e della malattia, ma anche a quelle psichica, affettiva, sociale, culturale, economica e politica, che pure la comprendono. Questo processo di disumanizzazione della medicina sembra essere favorito da alcuni fattori come: il peso eccessivo assunto dalla tecnologia, la sempre più spinta specializzazione, il crescente determinismo biologico, la burocratizzazione, l'individualizzazione, reificazione e spersonalizzazione dei pazienti, la loro espropriazione di capacità decisionale, la crescente minaccia del contenzioso legale con il conseguente ripiegamento nella medicina difensiva. L'effetto della disumanizzazione viene avvertito in quella che è la relazione di cura soprattutto e molto meno in quello che è l'ambito di applicazione della tecnologia in chirurgia, chimica, elettronica, riabilitazione poiché le scoperte e le invenzioni che vedono protagonista la tecnologia, come ad esempio l'impiego di strumenti che "prolungano" i nostri arti, l'apparato boccale, gli organi di senso e le capacità cognitive, sono meno investite da questo processo di disumanizzazione; il peso lo si sente maggiormente in quella che è la relazione di cura perché di fatto, noi umani, siamo animali sociali. (Lupo, 2014)

Per questo motivo la relazione di cura non può essere sostituita dalle innovazioni tecnologiche, perché nel migliore dei casi, chi studia per diventare professionista sanitario (medico, infermiere, ostetrico o terapeuta) impara che gli incontri terapeutici sono eventi i cui esiti si possono migliorare attraverso una cura autentica. Impara anche che il rispetto e la stima sono fattori chiave per assistere i pazienti nello scoprire nuovi orizzonti di senso attraverso la sofferenza creata dalla malattia. Le scienze sociali si sono dedicate in misura notevole a mostrare come si possano creare nuovi significati quando i pazienti e chi li assiste lavorano insieme e si rispettano a vicenda. (The Lancet Commission)

Lo sguardo è rivolto al futuro, all'evoluzione, al perfezionamento e miglioramento delle tecniche e all'utilizzo della tecnologia in modo sempre più massivo, ma nella cornice di fondo la disumanizzazione della relazione di cura ne risente della pesantezza di ciò che

le sta sopra (la tecnologia). È necessario fare promesse, mantenere la parola, impegnarsi affinché tutto evolva e assumersi la responsabilità rispetto al futuro e “gettare isole di sicurezza” in quella dimensione imprevedibile per eccellenza che è il tempo a venire. Ma significa anche impegnarsi verso qualcuno, vincolarsi con qualcuno, in quanto nessuno si sentirebbe responsabile di una promessa fatta solo a sé stesso. Promettere vuol dire dunque in prima istanza riconoscere l’altro e sentirsi a lui vincolato da un impegno che si estende al futuro. La promessa è uno dei poteri dell’“uomo capace”: capace di parlare, agire, raccontare, nonché di render conto delle proprie azioni e di essere responsabile di sé. La tecnologia sembra che non si assuma la responsabilità verso l’altro perché la si vive nella sua freddezza, nel suo distacco; la responsabilità la si “sente”, la si “tocca”, la si percepisce nelle relazioni umane. (Pulcini, 2020)



Superficie di fondo, punto e linea, Vasilij Kandinskij



## CAPITOLO 4 Composizione VIII: la ricerca

“Un quadro ben dipinto non è quello che ha i valori esatti o una distinzione quasi scientifica tra toni caldi e freddi, ma quello che ha una vera vita interiore. E un buon disegno è quello in cui non si può cambiare nulla senza distruggere questa vita interiore, indipendentemente dal fatto che contraddica le regole dell’anatomia, della botanica o di un’altra scienza.”

(V. Kandinskij)

In questo capitolo, relativo alla ricerca, si va delineando la conclusione di questo breve lavoro. L’insieme di tutti gli elementi precedentemente analizzati prendono forma e corpo in una composizione finale, un po’ come l’opera di Kandinskij. Saranno le forme, i colori, le linee che “dialogheranno” con i risultati della breve ricerca per poter entrare nel dettaglio dell’opera ma sarà poi lo spettatore che ne darà il significato ad essa, proprio come la Composizione VIII poiché la maggior parte dei fenomeni sociali sono connessi in così tanti modi, a così tante condizioni ambientali che forse non saremo mai in grado di fare un progetto adeguato, ma vi sono dei trucchi per poter riuscire a realizzarne, che ci permettono di raggiungere un buon livello. Il primo consiste nello smettere di usare tipi di persone come categorie analitiche, per concentrarsi invece sui tipi di attività che le persone svolgono; il secondo consiste nel vedere gli oggetti come il residuo concreto delle attività delle persone. Entrambi derivano dalla metafora dell’organismo, in questo modo: guardare alle persone e agli oggetti come entità fisse dotate di un carattere intrinseco. Fare delle attività il punto di partenza dell’analisi focalizza, quest’ultima sulla situazione in cui l’attività avviene e su tutte le connessioni che quello che stiamo studiando ha con tutto ciò che lo circonda, con il suo contesto. Dedicarsi all’ascolto dei racconti dei medici per poi connettere i contenuti ai contesti in cui prestano la loro attività e con tutto il mondo che li circonda poiché i modelli di una cultura professionale avranno qualcosa a che fare con il luogo in cui i professionisti lavorano, è stata la prima pennellata nella superficie di fondo. Ogni cosa avviene da qualche parte: la rilevanza del fenomeno che tutto è da qualche parte è che ciò che state studiando avviene in un luogo specifico. Non avviene nel mondo in generale o in “un contesto sociale” ma nel tal posto, proprio lì e tutto ciò che è vero di questo posto influirà sull’oggetto. Quindi osservare da vicino le caratteristiche di quel posto e le caratteristiche sociali; includere ciò che non può essere tralasciato: come tutto deve accadere in un luogo, così tutto accade in quel momento. Le condizioni contestuali in cui le cose che studiamo, le relazioni che abbiamo svelato, i processi sociali generali che esistono, sono cruciali perché esso accada o esista nella

forma che effettivamente assume. Ciò che si vuol studiare ha una storia, un racconto, una narrazione, qualcosa del tipo “prima è successo questo, poi è successo quest’altro e poi è finita così” questo approccio ci fa capire come accadono gli eventi mostrandoci le tappe del processo che li ha generati, piuttosto che le condizioni che li hanno resi necessari. (Becker, 2020)

La professione medica si trova definita come un insieme di valori, di idee, di pratiche standardizzate se non formattate, nonché di norme che caratterizzano il contenuto del ruolo di medico. In questa prospettiva si considera che ciò che fonda e organizza l’attività dei medici sono proprio le esigenze e le norme che vengono trasmesse durante gli studi universitari. La socializzazione è dunque il processo grazie al quale gli individui sono iniziati alla loro cultura, cioè all’acquisizione di atteggiamenti, di valori, di capacità tecniche e di modelli di comportamento che costituiscono i ruoli sociali stabiliti in una struttura sociale. Per divenire un membro competente della professione medica, lo studente di medicina acquisisce le conoscenze, gli atteggiamenti e i valori che gli consentiranno progressivamente di muoversi da una cultura universitaria a una cultura professionale: è questo il punto di vista dell’analisi funzionalista. Secondo l’approccio interazionista non è la scienza a fare il medico, bensì la sua iniziazione a tale status. Essi dedicano quindi la loro attenzione e la loro energia finché possono ottenere la formazione e l’esperienza necessarie al fine di essere autorizzati a svolgere pienamente il loro ruolo in questa attività. Imparano a adattare il loro idealismo alle situazioni della vita reale della medicina. Parsons distingue cinque caratteristiche essenziali nel ruolo del medico. Il primo punto riguarda la *competenza tecnica*: questa competenza acquisita è un elemento fondamentale dello status di professionista. L’*universalismo* è il secondo punto che alimenta il ruolo del medico: la relazione medico-paziente è retta da regole astratte fondate sulla competenza tecnica e in nessun caso su legami personali. Il tema della *specificità funzionale* è il terzo elemento del ruolo del medico: quest’ultimo è specialista in un ambito preciso, limitato alla salute e alla malattia; non ci si può aspettare da lui una competenza uguale in altri ambiti. La *neutralità affettiva* è altrettanto di rigore per un rapporto distaccato e obiettivo in una relazione dove il malato si trova in una situazione di vulnerabilità. Infine, l’ultimo criterio del ruolo di medico poggia su quello che Parsons chiama *l’orientamento verso la collettività*: la prima preoccupazione del medico professionista deve consistere nel benessere del suo paziente, nella dedizione verso la collettività. (Carricaburu e Menoret, 2007)

Tutti i termini che descrivono le persone sono relazionali, cioè hanno significato solo se vengono considerati come parti di un sistema di termini. Il trucco qui è mettere qualsiasi termine che sembra descrivere un tratto di una persona o di un gruppo nel contesto del sistema di relazioni a cui appartiene. Questo ci fa vedere che tale tratto non è solo il “fatto fisico” di qualsiasi cosa sia in questione, ma piuttosto un’interpretazione di quel fatto, un attribuirgli significato, che dipende da cos’altro è collegato a esso. La prima cosa con cui è connesso è una serie di altri tratti, a cui è stato analogamente attribuito significato, cosicché costituiscono un sistema di possibilità. (Becker, 2020)

L’azione di ricerca realizzata in questo percorso è stata la progettazione e la realizzazione di un’indagine rivolta a un campione rappresentativo della popolazione di riferimento. La ricerca nasce dall’esigenza di conoscere e di dar voce ad una categoria di professionisti sanitari che sono stati ancora di più protagonisti e sotto i riflettori in questi ultimi anni, in seguito alla pandemia per la diffusione della Sars Covid-19. Attraverso un’esplorazione della loro scelta e del percorso fatto per svolgere la professione di medico, sia esso di medicina generale o ospedaliero, lo stile di cura, delle opinioni dei medici stessi, si individuano così le loro necessità, le loro richieste, i loro bisogni. Obiettivo della ricerca è quello di conoscere e dar voce a uno spaccato di vita dei medici di medicina generale e ospedaliera presenti nel territorio nazionale e internazionale facendo emergere percezioni, opinioni, stili di cura, atteggiamenti e comportamenti relativi ad alcune aree rilevanti come il rapporto con le persone che chiedono cura, la relazione e il processo di cura, l’uso della tecnologia nel loro ambito professionale, oltre che le rappresentazioni di sé ed individuando necessità, richieste e bisogni dei medici. Per raggiungere l’obiettivo lo strumento utilizzato è un’intervista dialogica, ossia un’intervista in cui l’intervistatore si pone in condizione di ascolto raccogliendo rappresentazioni di esperienze e relazioni. Attraverso questa intervista si sono indagati i seguenti ambiti: il percorso personale per giungere allo svolgimento della professione, la cura e la relazione di cura, il processo e le modalità di cura, il futuro, i bisogni sia di chi chiede cura sia di chi la presta.

La ricerca, di tipo qualitativo, è stata condotta su un campione che ha coinvolto tredici medici di cui sei di medicina generale e sette ospedalieri con specializzazione in diversi ambiti (medicina generale, medicina d’urgenza, psichiatria, anestesia e rianimazione, infettivologia) che prestano servizio sia sul territorio internazionale che nazionale dislocandosi in tutta l’area geografica dell’Italia. Il campione è formato da otto femmine di cui cinque sono medici del territorio e tre prestano servizio in ospedale e

cinque maschi di cui due sono medici di base. L'età dei medici varia dai 32 ai 68 anni di età; l'età media dei medici ospedalieri è di 48 anni mentre quella dei medici di medicina generale è di 37 anni. Di tutti i medici narratori, solamente due hanno famigliari medici e cinque di loro hanno fratelli e/o sorelle (questo dato è emerso durante le narrazioni) di cui due sono gemelli e entrambi i medici intervistati sono ospedalieri con la medesima specializzazione. Se si considera la professione e il livello di istruzione dei genitori, solo di quattro medici si può affermare che due hanno un livello familiare basso e gli altri due alto, mentre per gli altri nove medici non è possibile delinearne un profilo in quanto durante le interviste non è emerso nulla.

## 4.1 Metodologia

Un po' come un'artista che prima di realizzare la sua opera, ne traccia una bozza, un progetto di quella che è la sua idea che vuol rappresentare, così nasce questo breve lavoro. Dopo aver individuato l'area di interesse, che era l'ambito della cura e in particolar modo le modalità e i processi di cura, ci si è dedicati allo strumento che permettesse di raccogliere contenuti, storie, narrazioni per poter scoprire, conoscere questo spaccato della professione dei medici in modo tale, poi, da poter iniziare a dipingere la superficie di fondo attraverso forme, linee e colori.

La prima fase di ricerca è stata la costruzione dell'intervista dialogica la quale è composta da 23 domande, in cui si indagano le seguenti aree: "percorso professionale", "esperienza di cura", "processo di cura", "tecnologia", "relazione di cura", "bisogni" individuando le difficoltà e le preoccupazioni rispetto alla loro professione, "futuro" in cui vengono contemplati le prospettive della professione medica e della formazione in ambito accademico, e le "opinioni".

Una volta individuate le sezioni, l'intervista è stata così costruita nella sua versione finale:

*In questo incontro, attraverso il suo racconto, andremo ad affrontare alcune tematiche relative al tema della cura nel suo ambito professionale e non solo. Trattandosi di racconti, non ci sono risposte giuste o sbagliate e per tale motivo non le fornirò opinioni tra cui scegliere, come accade in altre situazioni. Mi condurrà lei dentro alla sua esperienza, attraverso il suo racconto e io sarò qui ad ascoltarla. Se necessario le proporrò di soffermarsi maggiormente su qualche aspetto del suo racconto per focalizzare l'attenzione.*

*Quanto più mi racconterà della sua esperienza e tanto più mi sarà di aiuto. A rendere ricca e significativa questa ricerca lo sarà il racconto di aneddoti particolari della sua vita lavorativa, anche quelli che a volte possono sembrare insignificanti.*

*Tutto ciò che mi racconterà verrà utilizzato per analisi che non consentiranno di ricostruire chi ha detto cosa in modo da garantire la sua privacy, permettendole così anche di potersi raccontare in modo più tranquillo e sereno possibile, anche rispetto a situazioni problematiche.*

*Se è d'accordo possiamo iniziare...*

*Grazie*

1. *Prima di entrare nel fuoco della narrazione, mi piacerebbe conoscere come è arrivato a diventare medico...*
  - 1.1. *E i suoi familiari in questo percorso...*
  - 1.2. *E i suoi conoscenti...*
  - 1.3. *E le figure della scuola e dell'università...*

*Entriamo ora nel merito della sua esperienza di cura.*

2. *Per cominciare, vorrei che mi raccontasse, passo passo, di una volta in cui nella sua vita lei ha sentito di aver ricevuto un qualche tipo di cura che per lei è stato significativo. Cominci da come è emersa la sua esigenza...*
  - 2.1. *Lei in quella situazione*
    - 2.1.1. *E il suo corpo...*
  - 2.2. *E chi le ha offerto cura in quella situazione?*
    - 2.2.1. *E il corpo di questa persona?*
  - 2.3. *Mi racconta di un momento intenso di questa esperienza?*
  - 2.4. *E un momento in cui ha sentito una cosa del tipo: "di questa persona mi posso fidare..." e un'altra in cui era meno sicuro di ciò...*
  - 2.5. *La conclusione di questa esperienza...*
  - 2.6. *Mi racconta di un'occasione in cui ha avuto modo di parlare di questa esperienza con qualcuno?*
3. *Vorrei che ora mi raccontasse della prima volta in cui lei ha sentito di essersi preso cura significativamente di qualcuno fuori dall'ambito lavorativo*
4. *Ora vorrei che mi raccontasse due situazioni per cogliere alcuni aspetti significativi della sua esperienza lavorativa prima dell'avvento del Covid. La prima, un'occasione in cui ha sentito dentro di sé qualcosa come: "ecco è per questa ragione che faccio questo lavoro". La seconda, una volta in cui, per un attimo, si è detto qualcosa del tipo: "ma chi me lo fa fare"?*
5. *Mi narra di un'esperienza in ambito lavorativo in cui sente di essere riuscito a soddisfare pienamente il bisogno di cura di una persona e una in cui sente di esserci riuscito solo parzialmente?*

*Ora passiamo al periodo più intenso della diffusione della pandemia...*

- A. *Per chi lavora in ospedale*
6. *Mi racconta, passo passo, della prima volta durante il periodo Covid in cui si è preso cura di qualcuno? Cominci dal momento in cui è entrato in contatto con questa persona*
  - a. *Ad un certo punto è di fronte all'ospedale e...*
  - b. *Arriva in reparto; si guarda in giro e... mi parli degli odori, i profumi, le puzze... i suoni, i rumori... i colori, gli spazi... il clima...*
    - i. *Si cambia e indossa il camice...*
    - ii. *Lei in quella situazione...*
      - a. *Il suo corpo...*
    - iii. *I suoi colleghi/colleghe in quella situazione...*
    - iv. *Le persone ricoverate...*
    - v. *Altri presenti...*
  - c. *Inizia a lavorare... mi racconta?*
    - i. *Lei in quella situazione...*
      - a. *Il suo corpo...*
    - ii. *I suoi colleghi...*
    - iii. *Le persone ricoverate...*
    - iv. *Altri presenti...*
  - d. *Mi racconta di un momento in cui tutto è filato liscio, si sentiva a suo agio e di uno in cui qualcosa è andato storto non era pienamente a suo agio...*
    - i. *Lei in quella situazione...*
      - a. *Il suo corpo...*
    - ii. *I suoi colleghi...*
    - iii. *Le persone ricoverate...*
    - iv. *Altri presenti...*
  - e. *A un certo punto fa una pausa... mi racconti*
    - i. *Lei in quella situazione...*
      - a. *Il suo corpo...*
    - ii. *I suoi colleghi...*
    - iii. *Le persone ricoverate...*
    - iv. *Altri presenti...*
  - f. *Il suo turno si avvia verso la conclusione...*
    - i. *Lei in quella situazione ...*
      - a. *Il suo corpo...*
    - ii. *I suoi colleghi...*
    - iii. *Le persone ricoverate...*

- iv. Altri presenti...
- g. *Stai uscendo dal reparto...*
  - i. *Si toglie il camice...*
  - ii. *Lei in quella situazione ...*
    - a. *Il suo corpo...*
  - iii. *I suoi colleghi...*
  - iv. *Le persone ricoverate...*
  - v. *Altri presenti...*
- b. *Arriva a casa dopo il turno...*
  - i. *Lei in quella situazione...*
    - a. *Il suo corpo...*
  - ii. *I suoi familiari...*
  - iii. *Altri presenti...*

B. *Per chi NON lavora in ospedale*

7. *Mi racconta, passo passo, della prima volta durante il periodo Covid in cui si è preso cura di qualcuno? Cominci dal momento in cui è entrato in contatto con questa persona*
  - a. *Mi parla degli odori, i profumi, le puzze... i suoni, i rumori... i colori, gli spazi... il clima... del luogo in cui si trova*
  - vi. *Lei in quella situazione...*
    - a. *Il suo corpo...*
  - b. *Inizia a lavorare... mi racconta?*
  - v. *Lei in quella situazione...*
    - a. *Il suo corpo...*
  - c. *Mi racconta di un momento in cui tutto è filato liscio, si sentiva a suo agio e di uno in cui qualcosa è andato storto non era pienamente a suo agio...*
  - v. *Lei in quella situazione...*
    - b. *Il suo corpo...*
  - vi. *I suoi colleghi...*
  - d. *L'incontro si avvia verso la conclusione...*
  - v. *Lei in quella situazione ...*
    - b. *Il suo corpo...*
    - e. *L'incontro si è appena concluso...*
  - iv. *Lei in quella situazione...*
    - b. *Il suo corpo...*
    - v. *I suoi familiari...*
8. *Mi racconta di un'esperienza durante il periodo Covid per la quale lei sente di poter dire "quella è stata una buona relazione di cura" e una situazione in cui direbbe che lo è stata meno?*
9. *Mi narrerebbe di una giornata particolarmente intensa il Covid?*
10. *Mi racconta di una situazione nella quale durante il Covid ha sentito una particolare fatica o disagio?*
11. *Mi racconta di una situazione il Covid in cui la situazione era incerta e non sapere cosa fare e una in cui tutto è filato liscio?*
12. *Mi racconta di un momento durante il periodo di intensa diffusione del Covid in cui lei ha sentito il bisogno di ricevere un qualunque tipo di cura?*

Ora le porrò alcune domande di carattere diverso.

13. *In quali aspetti è cambiato e in quali è rimasto uguale il curare tra prima del Covid, durante il Covid e ora?*
14. *Che cosa rimarrà, secondo lei, della modalità del prendersi cura che sono emerse con il Covid e che cosa invece verrà tralasciato?*
15. *Vorrei che mi parlasse delle somiglianze e delle differenze del setting di lavoro tra il periodo precedente al Covid, il periodo Covid e ora...*
16. *Mi descriverebbe il setting ideale per la relazione di cura?*
17. *In sintesi, cosa significa per lei avere cura?*
  - 17.1. *E salute?*
  - 17.2. *Quali sono, secondo lei, le somiglianze e le differenze nel tempo delle pratiche di cura?*
  - 17.3. *Quali le somiglianze e le differenze nelle pratiche di cura tra i vari operatori della cura? Le chiederei di far riferimento sia agli stili personali sia ai diversi ruoli.*
  - 17.4. *Secondo la sua esperienza, quali sono i bisogni di una persona che chiede cura? Quali invece quelli di chi si prende cura?*
  - 17.5. *E quali sono le differenze del prendersi cura avendo a che fare con diverse figure?*
    - 17.5.1. *anziani,*
    - 17.5.2. *stranieri,*
    - 17.5.3. *uomini e donne,*
    - 17.5.4. *persone con problemi cronici,*

- 17.5.5. *persone con differenti livelli culturali,*  
 17.5.6. *persone in pericolo di morte...*
18. *Secondo lei, su quali aspetti ci si dovrebbe focalizzare in ambito formativo per ampliare la abilità di cura del personale?*
  19. *Vorrei che mi parlasse della questione della fiducia in relazione alla cura...*
  20. *E vorrei che mi parlasse della questione dell'etica nella cura...*
  21. *Le tensioni, i conflitti tra chi chiede cura e chi la offre....*
  22. *Rispetto alla diffusione della tecnologia in medicina, lei...*
    - 22.1. *Mi racconta della situazione in cui si è reso conto che nella sua professione la tecnologia era diventata sempre più importante?*
    - 22.2. *Per quali aspetti ritiene che la tecnologia faciliti il suo lavoro e per quali ritiene la complichino?*
  23. *Immaginando il futuro: come ritiene sarà la cura, sia in termini di relazione, di pratiche e di uso della tecnologia?*
    - 23.1. *Secondo lei, quali caratteristiche avrà il medico del futuro?*

*Vi è qualcos'altro che vorrebbe aggiungere che magari non abbiamo toccato, qualcosa di particolare?*

*Prima di salutarci mi permetto di raccogliere qualche informazione sua personale.*

Nome e Cognome.....genere.....anno di nascita.....  
 città.....medico specializzato in.....presta servizio presso struttura  
 pubblica/privata.....

L'intervista è composta da domande con bassa direttività in modo da entrare in interazione "io/tu"; sono domande di tipo narrativo, descrittivo, situazionale in modo tale da facilitare la bassa difesa e di favorire il dialogo e il racconto. Alcune domande poi hanno delle sotto-domande (entro le cornici) ed in sequenza cronologica, altre invece sono domande proiettive che aprono mondi possibili, per poi concludere comunicando all'altro la nostra aperta curiosità riconoscendoli, implicitamente, che è la nostra guida. (La Mendola, 2009)

Dopo aver costruito l'intervista dialogica, ci si è occupati della costruzione del campione poiché nella grande maggioranza dei casi la ricerca sociale non può essere condotta sulla totalità della realtà sociale oggetto dello studio, ma è costretta a ritagliare un sottoinsieme di tale realtà sul quale condurre lo studio. La procedura di campionamento rappresenta quindi la prima operazione empirica. Campionare significa osservare una parte per trarne informazioni sul tutto. (Corbetta, 2015)

Per la formazione del campione si è pensato agli obiettivi e da lì si è iniziato a costruirlo. L'intervista voleva essere rivolta ai medici senza alcun distinguo di specializzazione ma solamente dell'ambito in cui esercitavano la professione: territorio, come medico di famiglia, o ospedaliero.

In un'indagine statistica si devono tenere presenti alcuni aspetti per non incappare in errori e in particolare durante la formazione del campione. Ad esempio l'errore di campionamento, secondo l'approccio dell'errore globale, si colloca nel più ampio quadro degli errori di selezione che includono: l'errore di copertura dovuto alla mancata disponibilità della lista completa della popolazione oggetto di studio; l'errore di

campionamento dovuto al fatto di operare su un particolare sottoinsieme della popolazione e l'errore di non risposta conseguente al fatto che alcuni di questi possono non essere raggiunti dall'intervistatore oppure rifiutarsi di rispondere pur facendo parte del campione. Inoltre, è da tenere in considerazione anche l'ampiezza del campione. L'ampiezza del campione è direttamente proporzionale al livello di fiducia desiderato per la stima e alla variabilità del fenomeno studiato, e inversamente proporzionale all'errore che il ricercatore è disposto ad accettare. Altro punto da tenere presente è il rifiuto di rispondere dovuto a diffidenza nei confronti dell'estraneo o insicurezza nei confronti di una prova che non si conosce. Ma essendo questa una ricerca qualitativa, non si pone il problema dell'oggettività e della standardizzazione dei dati, e mi sono preoccupata invece della loro ricchezza e profondità tanto che il racconto di aneddoti, esperienze, eventi, potevano rendere ancora più ricco il contenuto delle narrazioni. (Corbetta, 2015)

Una volta individuati i destinatari dell'intervista dialogica, ho contattato direttamente i medici per avere la loro disponibilità a svolgere l'intervista. L'idea iniziale era di individuare un numero pari appartenenti a entrambe le categorie per avere un campione totale di venti medici ma man mano che la fase di "reclutamento", iniziata ad agosto 2022 procedeva, ci si rese conto della difficoltà e resistenza da parte dei medici rispetto alla loro disponibilità di raccontare e narrare la loro esperienza. La motivazione che veniva presentata era in termini di tempo: "Mi dispiace ma in questo periodo non ho molto tempo perché sono impegnato al lavoro", nonostante vi fosse la massima disponibilità di orari e giornate per incontrarci a dialogare, e quindi per poter avere 13 interviste su cui poter elaborare delle ipotesi, si è allungato il tempo per poter intervistare i medici fino ad aprile 2023. Sono stati contattati 87 medici, sia telefonicamente o per mail, per poter formare un campione di 13 professionisti. Le disponibilità raccolte sono state grazie alla conoscenza diretta dei singoli medici oppure attraverso la conoscenza indiretta (amici di amici, famigliari di amici o colleghi di lavoro): un campionamento "a palla di neve".

La fase successiva ha visto il dar vita a questa intervista per poi trascrivere direttamente tutti i dialoghi raccolti. Per ogni intervista svolta sono state inoltre raccolte delle impressioni post incontro, come il taccuino di un antropologo, per tralasciare il meno possibile. Le interviste sono state svolte quasi tutte, eccetto una, in presenza su piattaforma zoom.

Successivamente sono state analizzate le interviste dialogiche con il supporto del software per l'analisi ermeneutica dei testi WEFT-QDA7. Tale analisi è avvenuta attraverso una



lettura d'insieme per costruirne una cornice entro cui si sono delineate opinioni, valori perseguiti, norme valide, scelte che hanno acquisito senso al loro interno.

È stata poi svolta un'altra analisi riguardante la forma del contenuto svolta a livello di sintassi, ossia l'uso ricorrente di alcuni vocaboli e in particolare di alcuni sostantivi e gli stati emotivi emersi dai racconti dei medici.

Le azioni della ricerca sono rivolte a:

- conoscere la professione medica (bisogni sociali, risorse esistenti);
- valutare l'impatto sociale della professione e del periodo pandemico;
- raccontare i risultati.

## 4.2 Obiettivi

Gli obiettivi di questo lavoro di ricerca sono volti a capire meglio le motivazioni che presiedono alla disposizione alla cura, spesso definita attraverso una equazione troppo generica e frettolosa con la dimensione affettiva. È opportuno interrogarsi più a fondo sulla natura delle passioni e dei sentimenti che stanno all'origine dell'etica della cura sia per avere una visione più completa di ciò che spinge l'essere umano a prendersi cura dell'altro, sia per evidenziare l'ampiezza e la differenziazione dei contesti nei quali essa opera (sfera privata, professionale, o sociale) poiché la cura non è esente da sentimenti in particolar modo da quelli di disgusto, risentimento, rabbia. Se da un lato la cura mobilita sentimenti come l'attenzione, la generosità e l'amore, dall'altro pone la reciprocità del debito e della circolarità del dono.

Un altro obiettivo della ricerca vuole essere quello di ridurre la distanza tra gli eventi e i soggetti percepiti come distanti e influenti. La globalizzazione rompe quel confine spaziale tra un dentro e un fuori e allo stesso tempo accorcia lo iato temporale tra l'umanità presente e l'umanità futura a causa dell'accelerazione del tempo e dei processi di velocizzazione. Ciò vuol dire che l'altro oggi non è solo colui/colei di cui farsi carico in una relazione face-to-face e in un contesto di prossimità: è anche l'altro sconosciuto e distante che in un modo o nell'altro irrompe nella nostra vita chiamandoci a una preoccupazione e a una risposta che diventa ineludibile. L'emergere della figura dell'altro distante rende infatti molto più complessa la questione dell'obbligo morale. Perché insomma gli esseri umani dovrebbero mobilitarsi per persone a cui non sono legati da un

rapporto affettivo, né da un legame professionale che è ancora in fase embrionale, né da un legame generazionale diretto? Perché dovrebbero preoccuparsi dei loro bisogni, prendersi a cuore la loro sofferenza e il loro destino? Quali motivazioni ed emozioni agiscono nel caso dell'altro sconosciuto e distante? (Pulcini, 2020)

Riassumendo, gli obiettivi della ricerca sono i seguenti:

- processo della cura nel tempo,
- modalità della cura nel tempo,
- motivazioni che spingono alla cura,
- differenziazione nei luoghi della cura.

Con processo e modalità di cura si intendono tutte quelle fasi che la investono e l'evoluzione delle stesse, sia nel tempo, sia nel processo stesso; le motivazioni che spingono alla cura risponde alla domanda rispetto ai bisogni che vengono soddisfatti, che cosa fa sì che ci si prenda cura dell'altro, degli altri e di sé stessi; infine la differenziazione nei luoghi di cura per poter comprendere se la cura, o meglio le modalità e il processo, si differenzia in base al luogo in cui avviene e in che modo avviene tale differenziazione.

Per rispondere a questi obiettivi si sono analizzati anche altri aspetti ad essi collegati che ne hanno posto in risalto alcuni aspetti.

### 4.3 Risultati della ricerca

In questa fase della ricerca, dove si “tirano le somme” è significativo assumere l'atteggiamento che Kandinskij ha suggerito all'artista, ossia che deve esercitare non solo i suoi occhi ma anche la sua anima. Non fermarsi solamente a quanto traspare, emerge dalle storie, ma andare in profondità, farsi guidare non solo dalla mente ma anche dal cuore, dall'anima perché l'osservatore deve guardare l'immagine come una rappresentazione grafica di uno stato d'animo e non come una rappresentazione di oggetti. Utilizzare quell'interiorità, che anche l'artista usa perché dovrebbe essere cieco alle forme già note e sordo alle teorie della sua epoca ma con un orecchio teso alla necessità interiore, per poterne dare una lettura ancora più significativa a quanto raccolto poiché tutti i metodi sono sacri se sono necessari ma sono errati se non scaturiscono dalla necessità interiore.

A questa fase della presentazione dei risultati si arriva attraverso un processo di interpretazione delle analisi condotte nella fase precedente. Le interviste trascritte sono state analizzate su più livelli: tematico, argomentativo, interattivo/conversazionale. Come quando ci si pone di fronte ad un'opera, inizialmente vi si dà uno sguardo d'insieme al tutto e poi pian piano entrare ad analizzare ogni singolo aspetto e particolare della composizione per poter dare maggiore significato e senso al tutto nella sua completezza. La presentazione dei risultati inizierà con uno sguardo di insieme per poi addentrarsi negli alti aspetti. Come la Composizione VIII di Kandinskij viene letta come un paesaggio montuoso con un sole in alto a sinistra, così la cura è il nostro paesaggio e il sole, che illumina e scalda, sono i racconti dei medici. Triangoli, quadrati e cerchi saranno le tre topologie di medici, in base alla loro esperienza personale con cui sono giunti a svolgere la professione di medico, che “dialogheranno” in questa composizione di narrazioni. Questi emanano stimoli diversi a seconda dei colori che a esse si associano. Il cerchio che domina, spesso circondato da un'aureola sfumata di un tono freddo o caldo e contrastante è l'occhio del co-conduttore, colui che è parte di questa composizione in quanto facilitatore per i racconti e le narrazioni e osservatore di ciò che avviene ed emerge. Protagonista della Composizione VIII, sia per la dimensione che per la posizione decentrata, è la forma nera ad anello che copre una porzione di quella circolare rossa, e questo può essere l'occhio del nostro narratore perché attraverso il racconto ha potuto vedere sé stesso e alcuni aspetti della sua storia personale e professionale da un'altra angolazione, portandola a far parte del tutto. Le sue impressioni rispetto all'esperienza di narrazione, dialogo. Nella Composizione VIII sono presenti le linee, quelle linee che rappresentano non solo i legami, la relazione di cura emersi dai racconti, ma anche ciò che è stato intessuto durante la narrazione, il dialogo. Le linee triangolari rappresentano la tensione emersa in particolare con le domande che fanno riferimento al periodo della diffusione del virus da Sars Covid-19 per poi trovare un sentimento di calma (rappresentato dalle linee orizzontali) nelle risposte alle domande che trattavano la storia personale e il percorso per diventare medico oppure quando viene chiesto di raccontare delle esperienze di cura, sia ricevuta che data; le linee circolari rappresentano movimento dato dalle domande in cui i medici narratori hanno delineato il processo delle modalità di cura o quelle relative al futuro. Ma i veri protagonisti sono i colori, i medici con le loro storie di vita familiare, con le esperienze lavorative e personali nell'ambito della cura. Ciò che differenzia la Composizione VIII da questo lavoro empirico è la realtà; nell'opera

non vi è alcun riferimento alla realtà, mentre i racconti narrano di eventi, episodi, aneddoti.

Con l'analisi dei racconti, i risultati emersi sono quelli che seguiranno, ma ognuno che li legge ne può dare una propria interpretazione. Nel capitolo successivo se ne dà una lettura d'insieme dell'intera composizione, ponendomi da un'angolazione, ma che non dovrà essere l'unica poiché per coglierne la pienezza e la completezza sarà necessario spostare lo sguardo.

Le aree analizzate, successivamente alla raccolta dei racconti dei singoli medici, sono le seguenti:

- percorso professionale
- esperienza di cura
- processo di cura
- relazione di cura
- bisogni
- tecnologia
- futuro
- opinioni

#### 4.3.1. Il percorso professionale

La prima area individuata riguarda il percorso personale e professionale che ogni singolo medico ha fatto per poter giungere all'esercizio della sua professione. Kandinskij dà un significato proprio ad ogni figura geometrica: il triangolo “trascina” verso l'alto, il quadrato resta ben saldo alla terra e il cerchio, sprigionando forza ed energia, è una forma perfetta, un piccolo universo. Identifico come medici triangolo coloro che hanno deciso di intraprendere la professione medica durante le scuole superiori, “elevandosi” a studi universitari; possiamo parlare di medici quadrato indicando coloro che fin da piccoli sentivano dentro di sé questo interesse per l'ambito della cura, avevano già una base salda a terra su cui poi poter costruire il loro futuro; per medici cerchio intendo invece i due medici che hanno seguito un pochino le orme famigliari, queste figure che hanno trasmesso in qualche modo forza ed energia tanto da seguirne le orme, andando a chiudere

un po' il cerchio, quel piccolo universo. A queste tre figure si associano i seguenti colori: il rosso, per esprimere la passione in senso figurato, per i quadrati; il bianco per coloro che hanno deciso di svolgere la professione di medico ma in origine era propensi all'ambito psicologico e quindi il bianco come metafora del colore ancora definito-non definito e contrapposto:

*"...allora sono partito dalle domande su di me e in realtà ero molto più interessato alla psicologia, il funzionamento mio, il funzionamento degli altri, il funzionamento in generale, poi dopo un paio di considerazioni..."* (int.01, M, medico ospedaliero)

*"...all'inizio ero molto indecisa se scegliere l'ambito psicologico anche la parte della psicologia mi ispirava molto o l'ambito appunto di medicina..."* (int.13, F, medico medicina generale);

le varie tonalità e sfumature del blu e dell'azzurro per i medici narratori che hanno fatto questa scelta durante il liceo andando pian piano a delinearci e a pigmentarsi nei toni decisi del blu man mano che si delineava e cresceva in loro la consapevolezza di tale scelta.

*"...io vengo da una famiglia dove diciamo non ci sono medici quindi diciamo è stato un appassionarsi appunto all'idea del curare gli altri...abbastanza autonoma diciamo..."* (int.07, M, medico ospedaliero)

*"...allora diciamo che quando io ero al liceo i primi anni ho avuto per molto tempo le idee confuse, nel senso che avevo tante cose in mente e molto spesso cambiavo anche un po' in base al momento, in base a quello che mi appassionava di più in quel determinato frangente..."* (int.05, F, medico medicina generale).

Nella scelta del loro percorso di studi per la professione del futuro, la gran parte dei medici è stata assecondata dai genitori, soprattutto dalle madri, che hanno reagito con gioia e fierezza rispetto alla decisione presa;

*"...sempre i miei genitori mi dicevano "cavolo però se non ti dà fastidio il sangue però magari potresti fare medico! ...",* (int.03, F, medico di medicina generale)

*"...comunque penso che per dei genitori avere un figlio che studia medicina sia sempre una cosa bella e si sa che il proprio figlio va ad avere una professione che potrà fare in qualsiasi parte del mondo e che comunque vada avrà sempre un lavoro e quindi loro sono stati subito felicissimi e mi hanno sostenuta..."* (int.05, F, medico di medicina generale)

Altri invece hanno assunto una posizione più neutra e solamente un medico di medicina generale ha avuto i genitori poco favorevoli a questo percorso.

Gli amici, invece di alcuni medici, sono stati impressionati dalla loro scelta o hanno avuto una reazione di sorpresa perché non se lo sarebbero aspettato:

*“...Molto impressionati. Molto impressionati. Avessero successo... assolutamente più... ma quella volta li ancora da studente...mmm...si incontravano persone che si occupavano dalla vendita di pellicce fino all’ingegneria elettronica e eee....a cena con amici che non ti conoscevano bene, con colleghi che non ti conoscevano bene, che cosa fai tu? Ah, io studio per fare lo psichiatra! Oh sensazione di grande sbalordimento, di grande attenzione esistenziale, adesso ci dice qualcosa tu adesso mi dirai io così io così. Quindi molta curiosità da parte degli altri e molta soggezione direi...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

I medici hanno raccontato la loro esperienza formativa, da dove è nata questa loro scelta professionale e per tutti loro la base scolastica è stata il liceo eccetto che per un medico ospedaliero, il quale ha frequentato un istituto tecnico in quanto i genitori preferivano che avesse le basi per poter entrare nel mondo del lavoro subito conclusi gli studi. Ci viene spesso detto che si apprende con fatica, quasi con dolore. Questo viene messo in luce anche dal modo in cui è costruita la gran parte delle aule delle nostre scuole e università, da come è organizzata gran parte dell’attività didattica e da come è scritta la gran parte dei libri destinati agli studenti. La conoscenza si può acquisire attraverso la via del dolore, ma nessuno può vietarci di intraprendere anche la strada della gioia. Come riteneva John Dewey (1938), la conoscenza prende corpo soltanto tramite esperienze, siano esse piacevoli o dolorose.

Taluni medici intervistati hanno raccontato alcuni aneddoti che sono rimasti loro impressi tra quelli vissuti durante il periodo universitario e narrano sia episodi negativi che positivi:

*“...il mio professore \*\*\*\*\* penso che sia in pensione, era diventato poi direttore di patologia medica universitaria ha insistito più volte “ma tu saresti portato....per il medico vero, sta roba qua che si ciaccoli...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...Addirittura c’è un professore mio universitario con il quale sono ancora in contatto che sento ancora, ci sentiamo ci troviamo etc., alcuni mi è capitato di rincontrarli poi nella pratica come colleghi...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...un po’ per il mio modo di essere perché avevo i capelli lunghi e lì ci sono stati alcuni problemi, motivi estetici che (ride) mi hanno creato delle difficoltà e che mi hanno costretto a tagliare i capelli. Quell’insegnante lo ricordo particolarmente...” (int.04, M, medico di medicina generale)*

Ciò che dà conferma ai medici narratori che la scelta fatta sia stata corretta, è il fatto di poter essere utili agli altri, di poter provare delle emozioni, di stare bene nell’ambiente lavorativo, di aver vinto “una scommessa” nel senso di poter praticare la

professione su cui hanno investito e sacrificato e trovano conferma anche ogni qualvolta entrano in empatia con i pazienti

*“... capita spesso che le persone vengano a chiederti pareri che vanno anche al di là dall'ambito professionale quindi anche dal punto di vista umano mi dicono come si sentono cosa provano cioè anche noi che siamo medici... sostanzialmente medici non dovremmo fare gli psicologi ma molto spesso ci troviamo a farlo senza avere la preparazione chiaramente ed è una cosa che apprezzo molto del mio lavoro quando i pazienti si aprono con me quando mi raccontano altre cose che vanno al di là dell'ambito medico...” (int.02, F, medico di medicina generale)*

*“...mi veniva naturale parlare con le persone che piangevano, mi veniva naturale di abbracciarli e anche poi alla fine di questo tirocinio il tutor mi ha detto “hai fatto...medicina per te è una cosa proprio indovinata” ...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

oppure nel momento in cui fanno una diagnosi corretta e/o individuano la cura migliore che poi porterà a una svolta positiva alla malattia;

*“...ti si presenta elegantemente a chiederti una cosa, elegantemente riconosce anche l'esistenza dell'altro, io, e chiede a quest'altro, io, se può fare qualcosa per lui così come io sono pagato per farlo tra l'altro e in termini realistici questo succede tutti i giorni; in termini irrealistici non è la sua medicina nei desideri e fantasie ma la medicina che lui può ricevere o lei può ricevere e la prende la scambia ringrazia con dignità e ok, elegantissimo, benissimo, io sono stato utile, lui mi ha chiesto una cosa confacente a quanto io possa fare per lui e.....poi magari mi dice dopo una settimana al controllo, ok con questa cosa che lei ha fatto che sia la pillola la goccia la parola qualche volta dicono “ma lei mi ha detto che..” ok...restituisce il risultato che sento di fare questo lavoro...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...come il caso di un paziente che aveva problemi cardiaci o un altro in cui ho diagnosticato un tumore e preso per tempo non ci sono state complicanze. Oppure casi in cui i pazienti ti ringraziano...pazienti che tu hai considerato fin dall'inizio con una certa diagnosi ipotetica e hai approfondito il quadro...” (int.04, M, medico di medicina generale).*

Anche la gratitudine e la riconoscenza sono elementi su cui basano la certezza di aver fatto una buona scelta professionale

*“...allora la situazione che mi ha fatto dire “la scelta giusta, il lavoro giusto” sicuramente sono state le svariate volte in cui magari un paziente è stato meglio grazie a me, quindi è guarito. Però banalmente mi ha dato, cioè mi ha fatto sentire veramente tra virgolette importante la prima volta che ho ricevuto un pensiero, un presente di riconoscenza da un paziente che banalmente è stata una borsa di pomodori o una cesta di uova che però a mio avviso esprimeva veramente la riconoscenza del paziente in quella determinata occasione...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...sono diversi gli episodi in cui uno si rende conto di aver fatto qualcosa di veramente veramente utile, cioè aver veramente salvato una vita nell'immediato, cioè senza il cui intervento quella vita non ci sarebbe più e devo dire gli episodi sono tanti per fortuna sotto certi aspetti uno si rende conto e anche nei momenti di difficoltà ripensare a quegli episodi aiuta me e anche i miei colleghi a come dire ad andare avanti e*

*forse sono proprio quelli episodi che diciamo non ti fanno arrivare al dire “chi me l’ha fatto fare” anche nei momenti in cui uno è un po’ esasperato da situazioni...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...Quello dà tanta soddisfazione poi anche quando non so fai una cosa e riesci a svoltare quella che è la malattia di un paziente, lo fai stare meglio oppure risolvi un problema che magari un altro non ci riusciva quello ti dà tanta soddisfazione cioè ti gasa ecco, è brutto da dire ma è così. E’ un lavoro che va avanti per le emozioni forti sia in bene che in male quelle negative perché ti aiutano comunque a trovare una risposta a quello che è il tuo lavoro...” (int.10, F, medico ospedaliero)*

Ma come vi sono situazioni che confermano la scelta, altrettanto vi sono episodi o momenti difficili in cui i medici si sono detti “Ma chi me lo ha fatto fare!”. Solo un medico (ospedaliero) non è mai giunto al punto di esprimere tale dubbio rispetto all’esercizio di questa professione. I motivi di difficoltà sono stati incontrati sia durante il percorso formativo, soprattutto per l’atteggiamento severo dei medici nonostante giungessero preparati all’esame da sostenere, sia durante l’esercizio della professione a casa soprattutto del comportamento e dell’atteggiamento dei pazienti nei loro confronti tanto da giungere anche a litigi con i famigliari di quest’ultimi. Oltre la metà dei medici racconta di atteggiamenti considerati maleducati, di mancanza di rispetto e di astio vissuti nei loro confronti.

*“...c’è gente che spara dentro i suoi deliri di insufficienza di di colpa e quindi la reazione aggressiva violenta contro il mondo che non vengono capiti aiutati ...di non so cosa ha fatto...e...arriva lì e spara come se fosse sparare contro i birilli di carta che non valgono nulla perché questo è il suo sistema di sputaschifezze che ha dentro lui o lei....o situazioni ancora sempre più frequenti no che hanno la rabbia la ferocia contro la malattia per esempio dei figli o i coniugi e tutte queste sensazioni del proprio fallimento, mi è andata male ho fatto una scelta del tubo questo è il frutto del mio ventre, boh....difettoso...babam si ribalta su tutto il mondo su di me per primo perché in quel momento sono di fronte io. Ecco questa è una sensazione di schifezza del funzionamento degli esseri umani...” (int.01, M, medico ospedaliero).*

Altri medici riportano anche delle difficoltà legate all’ambiente lavorativo ad esempio la disorganizzazione, il rapporto con i colleghi o superiori. Un altro fattore che ha portato tre medici, di cui due ospedalieri, a chiedersi “chi glielo ha fatto fare”, sono stati gli episodi molto forti dal punto di vista emozionale accaduti, episodi in cui hanno avuto protagonista il lutto di persone e hanno toccato con mano in modo significativo la morte

*“... (tono soffocato) uno sa che potrebbe avvenire però pensi sempre che non succeda, cioè anche se la mia parte medica sa che se uno ha quelle cose lì può succedere però poi essendo che avevo stabilito un legame è come quando un tuo amico. Pensi sempre che succeda più in là possibile e quindi mi ha molto toccato perché mi sono sentita sia medico sia parte dei famigliari del paziente e quindi dico “ok, io da medico dovrò annunciare questo e io da famigliare devo sentire questo” è stata una fusione di entrambi i ruoli e per questo mi ha messo molto in crisi, perché mi era già successo in precedenza di dover dare l’annuncio a un famigliare che la persona non c’era più però lì mettevo la serranda...” (int.03, F, medico di medicina generale)*



*“...era morto morto quando sono arrivata l’abbiamo rianimato per un’ora ed è morto. Ecco quel giorno ho pensato “chi cazzo me lo ha fatto fare, chi me l’ha fatto fare”, c’era la mamma che urlava e me la ricordo che apriva la porta e urlava, brutto quello è stato brutto brutto brutto, poi ci sono state tante altre morti ma lui me lo ricordo, lui lo ricordo tutto...” (int.10, F, medico ospedaliero).*

Questo spaccato di vita personale dei nostri medici narratori lo possiamo trovare nella Composizione VIII rappresentato dalle linee rette brevi e sottili e dai puntini che fanno da contenuto ai cerchi e ai quadrati; sono vibrazioni emozionali, racconti carichi di emozioni che riempiono le parole, ne danno spessore, completezza.

#### 4.3.2. L’area dell’esperienza di cura

In quest’ambito è stato chiesto di raccontare la propria esperienza di cura sia come colui che ha ricevuto cura sia come colui che l’ha prestata toccando prima l’esperienza di cura al di fuori dell’ambito professionale per poi addentrarci in quella che è l’area sanitaria, soffermandoci più in profondità in quella che è stata la loro esperienza professionale durante il periodo di diffusione della Sars-Covid19. Il Covid con le sue modalità di trasmissione e le prime popolazioni colpite ne hanno fatto una malattia stigmatizzata, associata alla paura del contagio e al dilagare dell’epidemia. Tuttavia, dopo un primo periodo in cui il rischio di discriminazione è stato forte, poiché vi era un netto distinguo tra chi aveva contratto il virus e chi ancora no, il modello d’intervento solidale e consensuale ha avuto la meglio sulle modalità repressive con le quali classicamente si è sempre gestito il pericolo delle epidemie: in altri termini si è imposta una “gestione liberale” dell’epidemia, nel senso americano del termine, un po’ come è avvenuto per la diffusione dell’HIV a suo tempo, ossia, il virus è diventato una realtà sociale costruita simultaneamente negli ambienti scientifici e medici e fra il grande pubblico grazie ai media che hanno contribuito a porre in primo piano questa malattia nello spazio pubblico. Successivamente alla fase di individuazione del virus da Sars Covid-19, è seguita una fase di mobilitazione tra misure preventive, restrittive e test a cui le persone venivano sottoposte sia in presenza di sintomi che in via cautelativa per poter accedere al lavoro o negli spazi pubblici generalizzando e colpendo tutta la popolazione. Solo successivamente le azioni sono state rivolte ai cosiddetti “gruppi a rischio”, come nel caso dell’AIDS che ha investito azioni sui tossicodipendenti. Pertanto, da una situazione

repressiva, si è giunti a una modalità di intervento solidale e consensuale per la gestione dell'epidemia. (Carricaburu, 2022)

I racconti riportano sia l'esperienza di aver ricevuto qualsiasi tipo di cura, sia il momento in cui hanno prestato cura per la prima volta, indipendentemente dall'ambito professionale. In questo modo hanno assunto una dimensione maggiore le forme geometriche del triangolo, quadrato e cerchio poiché racchiudono in sé spaccati delle loro vite. Per quanto concerne l'aver ricevuto cura è stato difficile, per qualcuno di loro, portare in superficie un ricordo

*"...non lo so perché il termine cura è un termine molto ampio secondo me.... Eh ricevere cura come paziente e che in realtà mi è capitato poche volte sinceramente ma secondo me ricevere cura significa ricevere anche come affetto come qualcuno che si preoccupa per te e si prende cura di te..."* (int.02, F, medico di medicina generale).

Ma pian piano il racconto ha iniziato a prender forma e gli episodi di cura ricevuta vengono riportati a eventi riguardanti l'aspetto sanitario e in particolar modo per interventi subiti o ricoveri ospedalieri (otto medici su tredici narrano di situazioni in cui hanno ricevuto cure mediche), mentre quattro medici raccontano di cure in senso di accudimento, sia esso ricevuto dalla famiglia e in particolar modo dalla mamma e alla nonna, ma anche dal compagno/a o da figure extrafamiliari come gli amici o colleghi

*"...fondamentalmente da mia madre. Io sono una persona che è stata molto accudita da bambino, una persona che sono tutt'ora accudito nel senso che manifestazioni esplicite di attenzione, di affetto, come dicevo, o di stima, ne ricevo continuamente....direi che la mia sensazione è una sensazione di essere una persona alla quale soprattutto la mamma..."* (int.01, M, medico ospedaliero)

*"...diciamo che la prima persona che mi viene in mente ovviamente è la mamma. Mia mamma è sempre stata la persona che più di tutti si è preoccupata sia di me che di mio fratello, di carattere è una persona che prende in cura gli altri perché è molto premurosa è molto affettuosa, è una persona che dimostra il suo affetto la sua accoratezza cercando le persone care, sia fisicamente che moralmente diciamo; quindi, è una persona che ti chiama, che ti chiede come stai, che ti chiede come va. Diciamo che da lei mi sono sempre sentita presa in cura. lei ci osservava anche quando eravamo ragazzini io e mio fratello e si accorgeva quando c'era qualcosa che non andava. Ancora adesso lei si accorge se ho la giornata storta, se c'è qualcosa che non mi va di fare e qualcosa che mi va di fare; quindi, è sempre stata una persona che si è presa cura di me...sì...decisamente..."* (int.05, F, medico di medicina generale)

*"...mi sono sempre sentita presa in cura da mia nonna, la nonna materna quando stavo su da lei praticamente mia nonna e devo dire che era una persona che aveva proprio questa capacità di prendersi cura degli altri ecco, comunque, con cose banali poi va beh il the caldo al pomeriggio i biscotti che è una cosa banale ma ecco l'ho sentita una persona che prendeva in cura gli altri si prendeva cura ecco..."* (int.13, F, medico di medicina generale).

Solamente due medici riportano il fatto di non aver avuto bisogno di cura e uno in particolare di aver più dato che ricevuto.

Nei racconti di cure sanitarie ricevute, i medici narratori riportano le modalità con cui si sono sentiti curati dal personale sanitario, sia esso personale ospedaliero, il loro pediatra o il medico di famiglia.

*“...all’inizio ero fuori di me e poi durante la notte appunto ho ricevuto cura sia da un infermiere che è stato gentilissimo, era uno anziano e io gli ho proprio detto “guarda ho bisogno di qualcuno che mi rassicuri perché non so cosa stia succedendo” e lui è stato lì vicino al mio letto mi ha spiegato cosa succedeva. Quello è stato proprio super e anche quando mi aveva fatto il prelievo non mi aveva fatto male, cioè quindi proprio super e poi durante la notte, essendo che ho passato lì la notte ho avuto 2 medici diversi, quello della sera e quello della notte. Quello della sera era un po’ antipaticissima che non mi credeva che non avessi fumato chissà che etc. invece era un po’ più anziana “è la prima volta che mi succede questo!” grazie!!!...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

*“...in una stanza molto molto anonima e da solo quindi senza nessun’altra persona e rimasi in isolamento senza neanche vedere famigliari la mamma nessuno insomma per 20/25 giorni e questa cosa mi rimase molto impressa e credo che mi abbia come dire condizionato poi nella scelta di dire “ma forse questa è una strada che potrebbe anche interessarmi no? per vedere se è proprio quello il modo in cui si devono trattare le persone” anche se devo dire poi quell’esperienza è stata positiva nel senso che mi sentii molto accudito dagli infermieri dai medici non è che mi sentivo isolato mi sentivo che mi hanno molto seguito però con un atteggiamento che poi a posteriori naturalmente non in quel momento; quel momento lo vissi abbastanza con sofferenza perché ero da solo isolato non vedevo nessuno etc. però a posteriori tenuto conto del periodo credo che tutto sommato loro avevano fatto il massimo possibile per starmi vicino per aiutarmi per sostenermi...” (int.08, M, medico ospedaliero)*

*“...sto pensando adesso al pediatra... mi è sempre piaciuta...la..il loro modo di essere sia professionali, tecnici, sia.....empatici in un gesto che per loro si ripete continuamente ma che ogni volta aveva per me e per mio fratello quella specifica individuale...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...ho avuto delle figure...sono stata fortunata di avere figure come insegnanti che sono state molto positive per me da questo punto di vista alle elementari avevo trovato una maestra unica che faceva tutto praticamente e devo dire di aver trovato una maestra super per cui è stata anche lei una persona molto importante per me per la mia crescita umana e emotiva oltre che scolastica, ho avuto la fortuna di aver trovato una bravissima insegnante di pianoforte con cui ho suonato per anni e ho avuto un rapporto di amicizia nonostante abbia sessant’anni e abbia vent’anni più di me e queste diciamo come figure più di dell’ambito educativo che l’ambito parentale come ecco ecco un esempio fondamentale devo dire che è stata la prima a segnarmi in qualche modo la mia vita professionale è stato sicuramente il mio medico di famiglia e infatti faccio il medico di famiglia, c’è stata questa dottoressa che poi è stata la mia dottoressa storica all’epoca ed era tra l’altro la mamma di una delle mie più care amiche tutt’ora mia carissima amica e faceva il medico di famiglia io l’ho sempre apprezzata come persona sia dal punto di vista umano perché comunque vedevo che aveva una sensibilità particolare verso le figlie e i pazienti aveva uno sguardo umano uno sguardo...non so se c’era un paziente in difficoltà economica se c’era il paziente in difficoltà emotiva aveva nonostante una bambina piccola pensava agli altri devo dire che era una persona molto accogliente per cui casa in famiglia aveva 6 figli una famiglia in cui c’era sempre un qualche amico invitato c’era un posto a tavola per tutti lei portava il panino sempre per tutti diversificato uno alla marmellata uno alla nutella...sì...è sempre stata sia come persona o come medico ecco e quindi forse questo mi ha lasciato...mi è piaciuta come persona e probabilmente questo è rimasto dentro di me...” (int.13, F, medico di medicina generale)*

Anche gli amici si sono presi cura dei medici, in modo significativo:

*“...il capofamiglia e l’ultima persona adulta maschio tra l’altro in rappresentanza ideale di mio padre che non avrebbe mai fatto e...l’ultima persona che mi ha rimboccato le coperte pur essendo io ormai grande. è l’occasione che più rapida densa e significativa che mi viene in mente adesso...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...mah una che mi viene in mente è stata una durante l’università, un giorno, una sera ero andata, ero in sessione esami, era estate, verso la fine dei miei studi, uno dei ultimi anni e mi ricordo che ero andata ad una cena un pochino per staccare un attimo la spina no? eeeee...avevo bevuto un bicchiere di vino però nulla di che, però durante quella cena mi sono sentita male, mi girava la testa, un po’ come quando ti viene da svenire e in realtà sono andata nel panico perché ero ad una cena di persone....c’era una mia amica che conoscevo bene e quella l’ho portata io però la gente che mi aveva invitata a cena non la conoscevo molto bene, quindi anche lì mi sentivo a disagio. E quindi è successa questa cosa qui che mi ricordo che ero a sta cena e ad un certo punto mi girava la testa e stavo proprio male “guarda non mi sento molto bene” e poi ho avuto l’esigenza di dover uscire e lì c’era una mia amica che si è rivelata una vera amica che mi ha accompagnato...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

I medici riportano anche la loro esperienza del prendersi cura significativamente di qualcuno al di fuori dell’ambito lavorativo riconducendo il ricordo a esperienze avvenute in giovane età, sia da piccoli che negli anni delle scuole superiori; il prendersi cura è rivolto in particolare ai famigliari come genitori, figli, coniuge, nonni oppure agli amici:

*“...la mia nonna materna forse è stata quella che più...adesso non c’è più ma quando era ancora in vita lei prima per la demenza che aveva poi anche se ha iniziato a svilupparla ancora io non facevo medicina è stata più mia mamma a occuparsi di questo aspetto però poi ha sviluppato....cioè poi...legato all’età etc un tumore allo stomaco e poi è morta di quello e allora lì diciamo che è stata la prima persona che mi ha coinvolto anche dal punto di vista medico come famigliare...” (int.06, F, medico ospedaliero)*

*“...beh allora una mia amica che aveva perso il papà tipo 10-12 anni fa e mi ricordo che le scrivevo molto spesso, regolarmente “come stai?etc etc” e anche un’altra mia amica che aveva perso il nonno le scrivevo ogni 2-3 giorni “ciao come stai?” e queste due mi hanno ringraziato “sei veramente un’amica” quindi anche solo così è prendersi cura...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

Due medici ospedalieri e un medico di medicina generale raccontano delle loro esperienze di cura molto diverse rispetto agli altri medici: il prendersi cura di una persona sconosciuta, di un piccolo di animale e di persone in situazione di disagio sociale:

*“...viene in mente anche questa molto spesso che è il primo morto che ho visto, probabilmente pakistano, non saprò mai il nome, che camminava 5 metri da me a Sokol la prima volta che sono stato...lui è caduto all’improvviso, lui stava camminando davanti a me, lui è caduto all’improvviso è morto...avrà avuto 10 anni. Era la prima volta che stavo in Gran Bretagna era nel ’74 e io sono stato lì fintanto che non è successo che qualcuno se ne accorgesse, il frutta e verdura affianco che ha chiamato l’ambulanza che era arrivata in 2 minuti però questo qui era solo ,solo....il bambino era solo, tra l’altro era morto. In attesa dei sanitari che erano arrivati c’era bisogno che qualcuno facesse qualcosa; allora il verduraro inglese ha telefonato all’ambulanza che è arrivata in 5 minuti, qualcuno doveva stare lì a vedere a testimoniare a presenziare a non passare avanti...ero io...non capiterà anche spesso ma sono rimasto io e fintanto che, capendo anche poco perché era la prima volta che stavo in Gran Bretagna e capendo poco di quel che succedeva ma capendo bene che lui era morto ma che aveva avuto ....ci sarebbe stato il caso semmai che uno rimanesse lì fino alla fine di quel gesto lì, lì che tra l’altro era un gesto importante e vissuto un po’ meno solo e mi sono fermato io...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...in tutta la mia vita un episodio che mi ha colpito è stato quando ero piccolino ero in spiaggia e ho trovato un piccolo piccione poco più che uscito dall’uovo, insomma, che era caduto nella sabbia e si stava cuocendo al sole e l’ho messo dentro a una scatolina tipo da scarpe e l’ho portato, avrò avuto 5-6 anni forse piccolo piccolo, e l’ho portato a una guardiola di bagnini per cercare di soccorrerlo insomma. Non sapevo cosa fare perché ero un bambino e purtroppo però nel frattempo il piccione era morto e quindi è stata una cosa traumatica sul mio percorso di vita, nel senso che mi ricordo ancora adesso in modo vivido*

*questo esserino piccolino che cercavo di aiutarlo e purtroppo ecco non ce l'ha fatta ecco. Quella è una cosa che mi è rimasta impressa su quello che è stato ad esempio aiutare un altro essere vivente quando ero piccolo piccolo...” (int.09, M, medico di medicina generale)*

*“...durante gli studi in adolescenza io feci delle attività di volontariato nella sia a livello parrocchiale in particolare sia con degli anziani e quindi durante queste attività mi ricordo che con altri amici ci occupavamo di sostenere anche con dopo-scuola insomma roba di questo tipo qua dei ragazzi in difficoltà e in quel periodo insomma mi ricordo che facemmo delle attività di sostegno tutti insieme per sostenere delle famiglie in difficoltà e quella di esperienza di cura in senso generale insomma non di cura nel senso medico ma di sostegno emotivo affettivo ma anche pratico eh anche dal punto di vista pratico che mi lasciò un segno poi che ricordo ancora positivamente...” (int.08, M, medico ospedaliero).*

Sempre in questo ambito i medici hanno raccontato della loro prima volta in cui si sono presi cura di qualcuno durante il periodo Covid facendo poi un paragone, per poterne cogliere differenze e somiglianze, rispetto a prima e dopo la diffusione della pandemia evidenziandone anche i momenti, le giornate più difficili e faticose di tale periodo. Momenti in cui il colore utilizzato per dipingere i loro racconti è un colore pesante e forte come a rappresentare la fatica e in questa parte di narrazione le nostre figure geometriche si sono posizionate verso il basso rispetto alla superficie di fondo proprio ad indicarne il crollo, il cader giù, l'essere quasi schiacciato e appesantito da tutto ciò che stava accadendo. Il periodo pandemico per quasi la metà dei medici intervistati (quattro medici di medicina generale e un medico ospedaliero) lo raccontano come un'esperienza particolare e unica sia per le relazioni intessute con i pazienti, sia per le emozioni provate:

*“...in ospedale è stata una roba piuttosto emozionante perché all'epoca...noi facciamo dalle consulenze quindi anch'io e essendo territoriale le consulenze ospedaliere è stato abbastanza emozionante con un forte senso di nobiltà un forte senso di importanza proprio per quello che stava accadendo perché in realtà eravamo sul fronte on line in prima linea di ciò che stava succedendo in tutto il mondo. Allora tu vai nella stanza di un Covid+ che sembra stessa persona del giorno prima soltanto che in quel momento lì è un Covid+ due anni passa fa ed è il simbolo del simbolo di tutto quello che sta succedendo in giro dalla Cina fin qua....tutto questo..OH OH e il....sai che c'è un rischio ma la mia sensazione legata alle precauzioni legate al rischio completamente blindate. Io non sono particolarmente fobico, patofobico etc. anche se come età sono sempre più attento a quello che mi succede, chiaro, ma loro sono i miei colleghi che mi chiamano in consulenza in pneumologia perché sono professionisti di quella roba lì quindi mi aspetto che...sì ok adesso sto entrando a vedere il diavolo e sono protetto per l'occasione ed effettivamente va così perché le procedure di vestizione doppia vestizione ...mmm...disinfestazione di tutto quello che può esserci, le procedure sono norme di sicurezza, non potrebbe capitarti niente, nemmeno se ti tirano una bomba termonucleare lì, non succede nulla e la sensazione molto piacevole è stata poi molto piacevole una volta bardato una volta assorbito il fatto di entrare in contatto con qualcosa di così attuale di così in prima linea e una bella sensazione poter essere di aiuto a qualcuno che sta vivendo una roba tale tragica da soggetto. Nessuno può vederlo toccarlo parlare con lui e che ne so...se non quei pochissimi che sono autorizzati a farlo...bene...io sono uno di quelli autorizzato a farlo e iniziamo “Tu come te le vivi? Tu che sei qui ...” Una signora era una...anche anche cercare di lenire la drammaticità perché se no tutti quelli che ti toccano, anzi no quelli che non ti toccano comunque con due due guanti doppia mascherina con casco con visiera dentro a un'imbragatura a prova di virus, una tenuta piuttosto robusta...tu stesso devi essere un mostro! E allora via “Guardi lei che è tanto mostro, mi dica come sta? Mi dica se ha fame, se ha mangiato” tra l'altro non era un caso particolarmente grave, angosciante, annaspante con insufficienza respiratoria e quindi secondo me quella il piacere di dire “Toh, qualcuno che mi tratta non da covid, qualcuno che mi*

*tratta chiedendomi come sto, chiedendomi se ho fame, chiedendomi se ho dormito, chiedendomi se mi annoio” sono domande che fai anche te “Come se la passa?” questa qua sta tutto il giorno, io l’avevo avuto prima e per fortuna e avevo il telefonino che mi ha fatto risentire tutte le canzoni tutti i video e si annoiano, parlare con quelli che stanno fuori e quindi è una sensazione ripeto di grande importanza, non un’importanza fantastica ma un’importanza proprio concreta colachistica data dai fatti che quel giorno stanno avvenendo nel mondo, primo, e secondo la sensazione di poter avere comunque un bi-rispettoso, un doppio senso contatto umano con uno che non è un caso ma uno che è lui, una che è lei e che appunto non chiedi “Signora attenzione adesso la tratto solo con il mignolo da lontano!” No! “Ti ha dormì? Ti annoi? Non ti annoi?” “Ecco, bravo continua a chiedermi questo!” ...*

*I: riportare per un attimo in quelle che sono le quotidianità...*

*M: Sì, umana...*

*I: Umana, di relazione...*

*M: Sì, quindi da una parte la grandiosità del momento, solenne, poi la grande grandissima volta che sono stato più vestito in vita mia, la grandissima attenzione tecnica a rendermi asettico e poi all’interno di questa cosa qua l’anticristo del paziente covid e l’umanizzazione della stessa cosa. Non è l’anticristo e una che c’ha la bronchite come ce l’ho io adesso. Il contatto diretto “adesso tu stai per entrare a contatto con il Covid quello lì in ospedale” ...*

*I: E gli altri colleghi, il resto del personale sanitario, appunto, che era in reparto o era lì con te, come...*

*M: di tutto: dai terrorizzati agli assentati per tutte le settimane dal mal d’occhi mal di capelli mal di naso, perché comunque c’era un fortissimo terrore sotto, a quelli che giravano se potevano senza niente perché il Covid è un’invenzione della Cia per cui non ce ne frega e rompiano le balle e di tutto, di tutto tutto. Mediamente un atteggiamento direi non terrorizzato ma mediamente attento, rispettoso delle regole, rispettoso. Si pensa un bell’ambiente in cui ciascuno apprezza che gli altri siano tenuti comunque a fare il proprio lavoro, questo...*

*I: Certo...man mano che passavano le ore quindi andavi verso la fine del turno, del tuo turno di lavoro, come ti sentivi in questa situazione?*

*M: Benissimo! Per me il periodo più duro, il lockdown, per noi, per me sul lavoro, per noi come famiglia, il periodo lockdown è stato magnifico, è stato veramente magnifico: facevi molte meno cose, molte meno cazzate rispetto a quelle che ci mandano l’insonnia d’urgenza e tutta un....NO, vedi soltanto cose serie, le vedevi in maniera secca, essenziale, pulita, cose che...mmm...valeva la pena di vedere, con gente più o meno spaventata che devi più o meno rassicurare, più o meno capire, erano perfino contenti di muoversi da casa per arrivare fino a qua da te a dirti insomma c’è questo che andava monitorato, bon...e quindi è stato un bellissimo periodo, stranamente, questo è un periodo bellissimo di periodo di vita per noi e di lavoro per me in circostanze eccezionali molto bello, mi auguro che non si ripeta ma molto bello...*

*I: Ti ha permesso in qualche modo di scoprire o riscoprire alcuni aspetti...*

*M: Riscoprire... là non si muove più nessuno per puttunate, là si muovono soltanto quelli che hanno bisogno di muoversi, sono autorizzati a muoversi. Oh le strade erano deserte, le hai viste,...soltanto persone che arrivano fino a te, io qua da Paese, posto che mezz’ora e mezz’ora andare e tornare a \*\*\*\*, forse un po’ meno perché non c’era traffico ma....mmmm...persone che vengono a chiedere cose che effettivamente vanno chieste, ricevono cose che uno può dare, pochissima “tra la la” come direbbe \*\*\*\*, pochissimo tra la la e molta sostanza...ottimo..mi ha fatto riscoprire la psichiatria di moltissimi anni prima quando le cose che si facevano riguardavano problemi essenziali e non puttunate sociali psicologiche etc. legate ad usi costumi alla moda all’ambiente alla cronaca e non alla patologia...*

*I: Diciamo che è stato come un ritorno al passato...*

*M: l’essenziale, cose che vale la pena di affrontare, non le cose di oggi che sono tutte un’altra faccenda, non sono psichiatria, sono sociologia con il suo passante semi-sanitario, ma non sono....mmmm....*

*I: psichiatria pura... certo certo. Finito il turno quando rientravi a casa...come ti sentivi? Quali sensazioni...*

*M: trovi un altro ambiente che stai benissimo, molto bene. Cioè il periodo Covid, tra noi ci scherziamo spesso io e \*\*\*\* il periodo Covid il periodo covid duro è stato uno splendido periodo. Appunto si lavorava meglio su molte meno cose e noi, come noi 3, ci siamo sempre trovati chiusi in casa con il giardino davanti, fare i giretti in giardino, con i vicini, ci siamo sempre trovati molto bene. È un periodo felice nella nostra esperienza, molto stranamente*

*I: Ci sono degli aspetti da cogliere, nel senso che ci sono aspetti positivi appunto di quel periodo aspetti magari un po’ più corposi, più faticosi da affrontare. Però l’esperienza che c’è stata ognuno l’ha vissuta in un modo e di quello ne ha tratto dei vantaggi, insomma, chi da un punto di vista familiare, chi da un punto di vista professionale, chi da un punto di vista di relazioni, insomma è stato un periodo significativo per molti aspetti.*

*M: certamente non un periodo ordinario ma noi ne abbiamo vissuto quasi del tutto se non dovendoci occupare, abbiamo i parenti suoi di Micaela anziani per cui c’era qualcosa che dovevi fare anche per gli altri, il signore del piano di sotto va bene vai a farli la spesa anche per lui ma questo è piacevole tutto*

sommato. Essere utili a qualcuno senza troppi sforzi va bene intendo, ma noi lo abbiamo vissuto veramente bene come un bellissimo periodo....” (int.01, M, medico ospedaliero)

“...in periodo Covid sì è successo con diverse persone nel senso che avevamo in alcuni periodi tantissime persone positive e tantissime persone da sentire tutti i giorni e per cui una persona che senti almeno una volta al giorno tutti i giorni che comunque devi confortare, devi consolare oltre a dare le terapie corrette che vabbè è la prima cosa. comunque, devi dare conforto al paziente e cercare di farlo sentire al sicuro, di farli capire che guarirà presto. Secondo me questo fa parte della cura e si sono create delle relazioni forti in quel periodo proprio per questo motivo. Li sentivo tutti i giorni e loro aspettavano anche la telefonata o la mail. Si sentivano presi, presi in cura ecco.

I: quindi tu ti recavi in ambulatorio e prendevi servizio diciamo e la prima cosa che facevi era di iniziare da loro a sentirli oppure facevi...

M: dipende, nel senso che valutavo le priorità chiaramente. All'inizio della giornata io arrivo che ci sono un tot di determinate telefonate che io devo rifare perché arrivano alla segreteria e io poi le rifaccio, un tot di mail a quello personale, un tot di mail a quello della segreteria, io le valuto un po' tutte all'inizio di solito e richiamo ognuno in base alla priorità che vedo perché di solito anticipano la motivazione alla segreteria e via mail. Quindi ovviamente davo priorità a quelli che stavano meno bene però ho sempre chiamato e richiamato sempre. Non succede mai che io non richiami un paziente anche se secondo me la motivazione è futile io li richiamo comunque tutti perché è corretto così sinceramente. Entro la giornata io di solito richiamo tutti...” (int.02, F, medico di medicina generale)

“...avevamo stoppato che per qualche settimana avevamo stoppato le visite, televisite, teleconsulenze, telemedicina e non ci occupavamo di covid in primo ruolo e facevo attività di volontariato per fare i test del covid e invece per quanto riguarda il prendersi cura sono altri colleghi che mi hanno domandato aiuti, addirittura una mia amica che non conoscevo nemmeno che mi fa “guarda ho questa signora disperata che non sa come fare” mi ha dato il suo numero e tipo la chiamavo ogni due giorni per sapere come evolveva però quello era più telefonico. Invece per quanto riguarda quando andavo a fare i prelievi era un clima di terrore. Terrore, soprattutto all'inizio. Penso che sia stato il primo evento negli ultimi anni in cui i medici stessi avevano paura di prendersi, di ammalarsi; mentre prima, ho fatto un sacco di tirocini in ospedale anche in malattie infettive e la vivevo con molta più spensieratezza e serenità. Mi mettevo il secondo grembiule guanti mascherina gli occhialini, se serviva cuffietta, ma ero tranquilla. Invece lì una situazione proprio molto diversa, proprio questa angoscia di prenderlo te stessa, paura e addirittura tanti medici colleghi ma anche grandi professori che parlavano con i loro colleghi ma tipo a 2 metri di distanza no? si era molto diffuso questo panico e paura. Infatti io questa cosa di volontariato all'inizio l'ho fatta diverse volte per dimostrare che ero attiva anch'io però ad un certo punto non ho insistito più di tanto per continuare perché anch'io stessa ero stata vittima di questa fobia e paura. Intanto devi essere...era quella cosa lì con...mmm...

I: investitura con il casco?

M: ecco sì esatto, e ti sembra di essere un'astronave poi devi stare attenta a tutto quello che tocchi, di cambiarti i guanti, di cambiarti sopra camice, niente, nessun orecchino nessun braccialetto, niente niente, capelli raccolti, nessun trucco etc etc, proprio ritorni...esperienze che ti sembra di essere in un mondo parallelo. Sì poi io anche per meccanismo inverso, non so per quanti mesi non ho mai messo orecchini, perché hai veramente paura di toccare tutto, cioè....io stessa sono stata vittima di questo, ecco, la mascherina, attento perché la mascherina la metti e devi toccare solo i bordi, poi al tempo si usava quella che si allacciava. Solo il bordo della mascherina, non puoi toccarla qui, anzi se per esempio ti lavi le mani, i vestiti. Oppure quando tornavo a casa lasciavo le scarpe fuori dalla porta, ogni volta che entravo era tutto super organizzato. È stata un'esperienza....

I: pesante?

M: molto.

I: ti ricordi magari di un primo paziente che hai visto, come hai vissuto quel momento insieme a lui, sempre nel periodo covid?

M: è stata, è stata dura perché all'inizio non si sapeva che cos'era, cosa fosse no? e quindi i primi sintomi, la tosse oppure quando veniva meno l'olfatto o il gusto sentivi che....oggi giorno i sintomi li conosci bene ma all'epoca non lo conoscevi no? e quindi ti sentivi un po' con la curiosità “oddio com'è” e un po' tra “oddio io ho il gusto ho l'olfatto? L'ho già preso?” ti facevi un test al giorno però a volte non c'erano i test. Quindi insomma....

I: è stata un'esperienza unica....

M: sì e sia difficile e sia completamente diversa da come ero abituata ad affrontare...” (int.03, F, medico di medicina generale)

“...mi viene in mente di questo episodio, di questa paziente che ho ancora in cura. e' una signora di 90 anni che però vive in una situazione familiare diciamo particolare. Una signora che vive da sola con i suoi 3 figli, tutti e 3 non sposati, tutti e 3 con problemi di ritardo mentale e problemi sociali. Praticamente questa famiglia vive in una casa nelle colline di \*\*\*\* dove sembra veramente che il tempo si sia fermato perché è una casa anni '50 perché ha il cortile fuori dove ci sono galline, tacchini, capre che circolano e credo almeno una trentina di gatti che entrano e escono dalla casa; nella cucina c'è la stufa, non c'è riscaldamento, non c'è elettricità, quindi questi hanno il bagno esterno fuori dalla casa, dormono nel piano di sopra dove non c'è riscaldamento dove fa freddissimo d'inverno e caldissimo d'estate e questa signora credo che a sua volta da giovane avesse un po' ritardo mentale e i figli hanno preso da lei. 2 sono completamente svalvolati e uno il più piccolo era un po' meglio ma purtroppo ha avuto un incidente da piccolo con il motorino per cui è rimasto un po' sotto anche da questo punto di vista anche lui. La signora ha delle piaghe alle gambe da stasi, da mal circolazione e praticamente io ad un certo punto vengo...sono chiamata dagli infermieri e dagli assistenti sociali per andare a vedere questa signora perché i famigliari non mi avevano contattata e trovo la signora praticamente in questa casa dove regna la sporcizia, quindi un divano pieno di pelo di gatti con gatti dappertutto, il letto della signora nella cucina con mille coperte anche se era estate, gatti sopra il letto, un lavandino sporchissimo, una tavola con le tovaglie tipo quelle che si usano da campeggio di plastica cerata, sopra il tavolo sta tovaglia con la pattina di unto sopra perché sopra la cerata si forma sto sporco, stoviglie mal pulite, proprio un alone, sta cappa di chiuso dentro casa e sta signora vestita troppo per essere estate, con il maglione e la gonna di lana e con queste gambe piene di piaghe completamente infette, bruttissime nonostante tentativi di medicazione e quindi in quel caso lì con l'infermiere delle cure domiciliari ci siamo un po', come posso dire, presi a cuore sta persona e abbiamo cercato di istituire cambiamenti, abbiamo detto ai figli che dovevano intanto imbiancare la cucina perché era completamente nera le pareti, che la mamma aveva bisogno di un'igiene adeguata. Gli abbiamo fatto fare pulizie di fondo, gli abbiamo fatto buttare via tutte le coperte e i materassi vecchi etc, gli abbiamo insegnato come lavare la mamma e che era importante cambiarla e lavarla spesso; abbiamo insegnato come andavano tenute le gambe una volta medicate e quindi pulite, non sporche, non mangiarci sopra, non far entrare i gatti in casa etc. beh alla fine la signora non è che sia guarita dalle piaghe perché ce le ha ancora ed è impossibile che guarisca però la famiglia ha un po' cambiato l'orientamento. C'è stato un periodo in cui nonostante il Covid, andavamo quasi ogni settimana a casa di queste persone perché c'era appunto la necessità di star dietro e pian pianino siamo riusciti a far capire come dovevano agire e per fortuna che il periodo Covid in questo senso ha aiutato perché queste persone non avevano nient'altro da fare se non stare a casa e preoccuparsi della mamma e quindi abbiamo un po' insegnato a come fare e abbiamo ottenuto un risultato quindi per me quella è stata una situazione in cui mi sono sentita di essermi presa cura di una persona e me la ricordo perché se fosse successo ad esempio adesso, non avrei potuto avere lo stesso tempo che avevo durante il Covid. Durante il Covid la mia attività era molto ridotta perché tutto era per telefono, non veniva nessuno in studio, tantissime cose venivano rinviate, la gente non si preoccupava di andare a fare esami o visite perché non si poteva e quindi ho avuto il tempo di prendermi cura veramente di questa persona, di starci dietro, di preoccuparmi di chiamare di andare e di fare e penso che se fosse successo adesso non avrei veramente potuto...” (int.05, F, medico di medicina generale)

“...io all'inizio non avevo pazienti nel senso che sono cresciuti un po' alla volta però era gennaio no ormai ho perso i conti va beh gennaio quando c'è stata la terza ondata e lì e lì praticamente è stato il periodo peggiore perché c'era il Covid c'erano persone che tutto il giorno chiamavano per il Covid non li conoscevo non avevo nulla di volti cartella e ricordo infatti di un paziente che era stato anche ricoverato abbastanza giovane era paziente del dottore mio collega e quel giorno però non c'era e lo sostituivo io...anzi no non ho visto questo paziente era stato visto da un collega e poi era stato ricoverato e poi i famigliari la moglie mi aveva chiamata perché quel giorno lo sostituivo io e si erano ammalati anche loro ed erano preoccupati perché il papà era ricoverato quindi....avevano anche loro una forma sostanzialmente grave e ho dovuto ricoverare il marito, questo...” (int.13, F, medico di medicina generale).

Due medici, uno ospedaliero e uno di medicina generale, dicono di aver rimosso ogni ricordo relativo a quel periodo per la pesantezza e la fatica:

“...allora...di quel periodo ho cercato di rimuovere tutto e mi ricordo la fatica del dover lavorare con gli strumenti che ci venivano forniti e che non erano sufficienti tanto che sono andata alla ferramenta qui vicino a prendermi le mascherine ffp2 e i guanti. Mi ricordo queste giornate così intense e faticose per



*gestire le chiamate, le visite a domicilio, capire cosa stesse succedendo perché tutti chiamavano ma non ricordo del primo paziente in quel periodo...” (int.04, M, medico di medicina generale)*

*“...allora qua è difficile perché io avevo appena cambiato ospedale quindi non conoscevo nessuno non conoscevo l'ambiente era tutto nuovo e il primo paziente non lo ricordo, li ho rimossi tutti cioè ricordo qualche storia ma non ci voglio pensare più è stato un brutto periodo. Io mi ricordo tanto la paura che avevo perché mancavano i presidi e quindi ci compravano noi per dire le mascherine ma mancavano i guanti mancavano. Ci mettevamo le borse della spesa ai piedi perché non c'erano i copricalzari o gli stivali di gomma per tutti. cioè è stata brutto io mi ricordo la paura che avevo e del primo paziente sinceramente non mi ricordo niente niente. Mi ricordo che respirava male ma neanche il nome e di tanti altri pazienti non mi ricordo niente e sono contenta di non ricordarmi niente. Mi ricordo altre cose che sono ancora più brutte che sono tipo i corridoi con le bare nel sotterraneo quelle me li ricordo perché avevo lo spogliatoio nel sotterraneo e quindi ci passavo e vedevo il corridoio che mi separava dalle stanze piene di bare chiuse e quello era un brutto ricordo ma quello che ricordo è la paura la paura di prendermi il virus la paura di ammalarmi la paura proprio delle persone della loro ignoranza della strafottenza di quando uscivano senza la mascherina e la paura ecco, ed ero sì spaventata tanto spaventata...” (int.10, F, medico ospedaliero).*

I medici narrano questa esperienza di cura raccontando le prassi, i dispositivi, l'organizzazione e la gestione della situazione che li aveva travolti riportando l'unicità di quel momento, la particolarità: un evento straordinario e improvviso;

*“...proprio vederli ogni giorno visitarli e vedere che andavano sempre peggio e pensare che se magari quel giorno non fossero entrati in contatto con quella persona che magari era positiva se avessero semplicemente mantenuto quel metro di distanza oppure magari avessero spesso cambiato e non avrebbero contratto l'infezione sicuramente loro sarebbero ancora qua e invece per quei 30 secondi hanno avuto contatto con il virus e sono morti per questo, questa è stata la cosa più significativa del covid per me...” (int.06, F, medico ospedaliero)*

*“...Era per noi ovviamente una cosa stranissima no? nel senso non ci siamo mai dovuti confrontare con malattie di questo tipo e l'approccio diciamo è stato strano, strano ovviamente l'idea ogni volta di doversi mettere la tuta, l'idea per esempio di doversi rasare completamente la barba. Io porto la barba da quando c'ho 20 anni praticamente e in quell'epoca tenevamo la barba molto corta insomma quindi qualcosa che ha impattato sulle nostre vite abitudini ed era tutto molto strano perché cioè aver a che fare con questi pazienti a volte stavano anche molto male. Lì ecco diciamo il problema reale era capire che non eravamo abituati a gestire questi pazienti e soprattutto aveva una grossissima difficoltà dovuta proprio al fatto di dover indossare le tute, mettere le maschere gli occhiali protettivi e ti rendevi conto effettivamente che facevi una enorme difficoltà proprio a prestare le cure a queste persone perché cioè avevi proprio tu delle difficoltà fisiche e chiaramente questa cosa diciamo è stata abbastanza pesante. Devo dire chiaramente poi come dicevamo c'è tutto un aspetto del rapporto con i colleghi dell'ospedale dove ovviamente tutta una situazione abbastanza privilegiata...io devo essere sincero, in quel periodo è stata molto pesante dal punto di vista lavorativo per tutta una serie di motivi però siamo stati in parte agevolati se questo vogliamo dire dalla drastica riduzione di tutto quello di ciò che non era Covid. In quel periodo non esistevano incidenti stradali non esistevano le chiamate congrue che riceviamo tutti i giorni. Diciamo che questo c'ha permesso un pochettino di diciamo dedicarci ovviamente proprio al Covid che è stato chiaramente di grosso di grosso rilievo ma non così, almeno nel nostro contesto, non così drammatico. Noi avevamo la fortuna se vogliamo diciamo... rispetto ai miei colleghi di ospedale si mettevano la tuta e se la toglievano toglievano dopo 8 ore noi magari ce la mettevamo e ce la toglievamo 5 volte al giorno però c'erano dei momenti in cui invece eravamo free tranquilli ci potevamo prendere una boccata d'aria e quindi questo ci ha aiutato ma è stato impegnativo...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...Dobbiamo dire che noi abbiamo affrontato la cosa all'inizio nel nostro gruppo di lavoro che era il gruppo di lavoro abbastanza grosso perché \*\*\*\* è il servizio il Serd più grosso del \*\*\*\*più grande come numero oltre 2400 pazienti. All'inizio ovviamente c'è stata una grossa agitazione nel gruppo di lavoro ma decidemmo sia sulla scorta delle indicazioni regionali che sulla scorta nostra di presa di posizione di non*

*restringere nessuna delle attività che avevamo ne l'orario perché molti servizi come sai hanno chiuso in quel periodo anche la neuropsichiatria infantile cosa che secondo me è stata gravissima, anche la psichiatria che era vicino a noi aveva limitato molto o vedeva le persone in un certo modo mentre noi abbiamo messo in atto tutte le strategie di protezione del personale e dei pazienti ma non abbiamo ristretto l'orario di lavoro è stato lo stesso di prima neanche di un minuto e naturalmente le azioni di protezione c'hanno fatto in modo di far entrare le persone in maniera controllata con le mascherine con la disinfezione quelle cose lì in maniera in gruppi meno con meno persone ecco quindi l'attesa eventualmente era all'esterno. Messe in atto tutte queste strategie messe in atto le strategie di protezione operatori quelle che si sanno mascherine disinfezione alla distanza alle barriere di protezione per chi era più impaurito col plexiglass tutte queste robe qua messo in atto tutto questo abbiamo continuato e devo dire che all'inizio eravamo rimasti molto sorpresi nei primi mesi più critici perché devo dire che ne tra gli operatori perché tutti si aspettavano che i tossicodipendenti facendo una vita in strada fossero quelli più infettivi ma nemmeno tra i pazienti di alcol che avevano problemi di alcol né del gioco e ne tossicodipendenti che sono quelli che frequentavano di più perché poi quelli da gioco abbiamo messo in atto delle strategie di trattamento anche online attraverso piattaforme perché loro si prestano di più devo dire anche di trattamento di gruppo online anche con la collaborazione con l'università etc etc perché loro si prestano di più loro sono più disponibili mentalmente a questa roba qua. Cosa che invece non si può fare con i tossicodipendenti perché vengono lì a prendersi i farmaci etc etc però ci sorprese perché noi non avevamo sentore di persone infettate nei primi mesi che ci fu un lockdown assoluto né fra i pazienti né fra gli operatori. Il primo operatore che fu infettato credo fu verso aprile-maggio dopo, la chiusura avvenne a marzo aprile maggio dopo 2 mesi e mezzo circa. Il primo paziente che noi sentimmo che era positivo credo che fu nell'estate quando poi ci fu una parziale riapertura se ricordi. Poi ci fu una chiusura di nuovo nell'autunno. Ecco quindi da questo punto di vista eravamo rimasti molto sorpresi tanto è vero che poi con dei colleghi avevamo fatto uno studio perché sembrava che alcune una terapia in particolare per gli alcolisti fosse protettiva una terapia che loro prendevano ed è stato fatto uno studio multicentrico con dei colleghi di Verona etc.su questa roba qui che onestamente non diede non è che confermò l'ipotesi che chi prendeva quel farmaco lì era protetto sarebbe stato...non confermò l'ipotesi però dal punto di vista clinico i nostri pazienti non furono molti in quel periodo che presero il Covid. Poi qualcuno ma neanche dopo eh, poi anche nell'anno successivo che noi abbiamo continuato sempre con tutte le protezioni di apertura etc. siamo rimasti colpiti dal fatto che non moltissimi dei nostri pazienti rispetto a quello che sentivamo fuori che si sentivano ma non moltissimi dei nostri pazienti invece erano infettati etc,all'inizio anche noi molto pochi come operatori poi probabilmente forse per l'attenzione eravamo molto attenti molto concentrati poi invece nel secondo lockdown l'abbiamo preso tutti il covid perché forse ci siamo più rilassati e nonostante quindi anche gli operatori insomma lo hanno preso insomma compreso il sottoscritto..." (int.08, M, medico ospedaliero)*

*"...ho avuto un contatto un pp' anomalo in quel periodo Covid nel senso che in quel periodo lavoravo in un penitenziario come medico, facevo il medico in un carcere per cui la realtà che ho vissuto è stata molto differente rispetto alla realtà che hanno vissuto i miei colleghi all'esterno. E' stato un percorso molto più psicologico se vogliamo dire così perché hai a che fare con persone che sono ristrette e che spesso hanno famiglia distante o famigliari insomma fragili che possono essere i genitori anziani o quant'altro che non hanno una visione che poteva essere la nostra concreta, nel senso vediamo veramente cosa succede dal di fuori, tutto veniva visto come un velo di mistero ecco non si capiva esattamente cosa stesse succedendo. Nella particolare fattezza io ero proprio in carcere quando sono state date le direttive per le zone rosse zone gialle e quant'altro ed è iniziato il primo lockdown per cui ricordo chiaramente che stava per nascere una sorta di rivolta all'interno del carcere perché i detenuti non capivano cosa stesse succedendo al di fuori dell'ambiente penitenziario. Erano molto preoccupati per i famigliari vuoi anche per i media che hanno colto insomma l'onda per cavalcarla con notizie anche magari gonfiate o volutamente altisonanti ecco nei confronti di questo tipo di problema per cui il mio è stato un approccio col covid iniziale di cercare di confortare queste persone perché fondamentalmente io lavoravo con persone con età media nettamente inferiore rispetto a quelle che sono morte o comunque hanno subito dei danni da Covid. Diciamo che i primi pazienti vittime del Covid che ho avuto sono appunto persone che non sapevano cosa stesse succedendo e avevano tutta una serie di domande su come sarebbe stata la loro vita da qua ai mesi successivi non capendo come sarebbe evoluta la situazione per cui una gestione più psicologica che non sanitaria. Poi per carità anche da noi ci sono stati tantissimi casi, abbiamo avuto dei casi di covid che abbiamo dovuto isolare delle sezioni isolare dei detenuti che non è una cosa facile perché non sei nel tuo ambiente domiciliare con il tuo bagno il tuo letto il tuo frigorifero i tuoi libri e quant'altro, sei in un carcere in una cella isolato. Poi abbiamo avuto anche dei casi gravi insomma di persone che hanno subito dei danni sia fisici che mentali per via di questa cosa per cui ecco diciamo che la mia è stata una gestione del covid un po' diversa rispetto a quelle che è stata la gestione del covid da parte dei colleghi che hanno operato nel territorio negli ospedali..." (int.09, M, medico di medicina generale)*

*“...allora qua è difficile perché io avevo appena cambiato ospedale quindi non conoscevo nessuno non conoscevo l’ambiente era tutto nuovo e il primo paziente non lo ricordo, li ho rimossi tutti tutti cioè ricordo qualche storia ma non ci voglio pensare più è stato un brutto periodo. Io mi ricordo tanto la paura che avevo perché mancavano i presidi e quindi ci compravano noi per dire le mascherine ma mancavano i guanti mancavano..ci mettevamo le borse della spesa ai piedi perché non c’erano i copricalzari o gli stivali di gomma per tutti. cioè è stata brutto io mi ricordo la paura che avevo e del primo paziente sinceramente non mi ricordo niente niente. Mi ricordo che respirava male ma neanche il nome e di tanti altri pazienti non mi ricordo niente e sono contenta di non ricordarmi niente. Mi ricordo altre cose che sono ancora più brutte che sono tipo i corridoi con le bare nel sotterraneo quelle me li ricordo perché avevo lo spogliatoio nel sotterraneo e quindi ci passavo e vedevo il corridoio che mi separava dalle stanze piene di bare chiuse e quello era un brutto ricordo ma quello che ricordo è la paura la paura di prendermi il virus la paura di ammalarmi la paura proprio delle persone della loro ignoranza della strafottenza di quando uscivano senza la mascherina e la paura ecco, ed ero sì spaventata tanto spaventata...” (int.10, F, medico ospedaliero)*

*“...no più di uno perché sai noi al di là...ho gestito la parte organizzativa nella prima ondata quindi il distretto era la centrale operativa diciamo di tutta \*\*\*\* quindi in generale pianificazione USCA poi invece la seconda avevo già la casa di riposo di fatto in carenza e lì andavo quasi tutti i giorni e mi sembrava un campo da guerra quindi non uno ma tantissimi, quelle immagini mi avevano colpito con la sofferenza la solitudine sai c’erano tanti poi dovevi fare anche una scelta perché l’ospedale era saturo me ne sono morti anche tanti quindi è stato tremendo, quello è stato un incubo che forse non è stato mai mai o meglio fa parte di noi non abbiamo avuto la possibilità di sfogare quello stress parlo in generale dei sanitari per cui ci portiamo secondo me quella stanchezza quella pesantezza di quel periodo un po’ tutti quanti, c’è un malessere generale ma credo che sia dettato da prima e seconda ondata...” (int.11, F, medico ospedaliero)*

*“...quando non ho ripreso effettivamente di lavorare ma più come diciamo di attività di volontariato perché quando sono morti questi 3 zii che è stato ott...cioè hanno preso il Covid ad ottobre ma sono morti scaglionati anche a febbraio mi pare dell’anno dopo. Però quando è morto il primo diciamo ottobre o novembre 2020 io poi siccome mi ero ammalata avevo sentito la mia primaria avevo preso un po’ di informazioni sui farmaci o altro e ho visto che c’era molta carenza dal punto di vista della medicina un po’ di famiglia diciamo, penso che erano stati abbandonati completamente cioè avevano un po’ dei pareri però non del tutto perché poi io non li seguivo, prendevano altri farmaci per altre cose e iniziarono ad affidarsi un po’ al medico di famiglia diciamo che però non aveva fatto niente ecco e addirittura il primo zio gli avevano fatto il tampone in ambulanza ma già desaturava e aveva 80 di saturazione perché era stato altalenante il loro medico di famiglia e...sì...insomma gli ha lasciati un po’ là ecco...allora da là da quando ho iniziato a sapere di persone che avevano il Covid magari gli portavo delle medicine a casa o li vedevo fisicamente o li portavo il saturimetro dicevo cosa fare insomma non li visitavo io personalmente però li supportavo portandoli antiinfiammatori cortisone se serviva l’eparina o la bombola di ossigeno per qualcuno seguendoli telefonicamente con i famigliari e questo ecco prima ancora di ricominciare a lavorare quindi parliamo di dicembre 2020 perché ho ripreso a lavorare a febbraio 2021 quindi questi due mesi che avevo fatto e poi quando ho ripreso a lavorare perché il mio lavoro era più che altro seguire i pazienti sempre telefonicamente in realtà con l’HIV ma con il Covid e però ho continuato questa attività parallelamente che non era pagata però sentivo che ci fosse un po’ la necessità ecco perché vedevo che c’era molta difficoltà dal punto di vista dei servizi territoriali e quindi ho continuato sempre anche adesso insomma, sono in maternità ma mi chiamano per per qualche amico che ha problemi respiratori lo aiuto a compilare il modulo per i farmaci e queste cosa qua per i farmaci antivirali o monoclonali, li ho aiutati...anche oggi voglio dire continuo questa cosa però in quel periodo sicuramente...in quel periodo là...poi sono stata anche a febbraio 2021 ce ne sono stati tanti casi febbraio-marzo anche se le scuole avevano richiuso l’ho fatto...sì poi era successo che io...ad un certo punto mi chiamavano persone da Trento dalla Puglia dalla Svizzera poi non è che io li conoscessi erano contatti di contatti insomma famigliari di famigliari cioè è successo un po’ così questo...” (int.12, F, medico ospedaliero).*

Tutti i medici intervistati, sia ospedalieri che del territorio, raccontano della difficoltà del periodo per la gestione e la mole di lavoro. Solamente un medico, del territorio, dice che la fatica faceva parte del pacchetto del lavoro e che quindi non l’ha sentita. Non ricordano una giornata in particolare ma molte giornate intense, talmente

faticose da definirle “uno tsunami” o “un lavoro titanico”, come a descrivere il momento improvviso, irrompente, devastante e travolgente che richiede un impegno e una fatica enorme:

*“...sono state giornate in cui molti colleghi alcuni colleghi troppi colleghi hanno cominciato dopo un po’ a svelare i bicchieri no-vax no-tax qualcuno ha cominciato ad assentarsi, sono andati via contemporaneamente 3 infermieri per problemi di sto tipo qui. In una giornata sola un paio di infermieri vanno in aspettativa familiare, sì perché se non ci mettono ...non vogliono vaccinarsi, non vogliono proteggersi, non vogliono...è tutta invenzione della CIA...succede questo....questo comincia essere pesante anche perché poi alcuni colleghi fanno finta di essere una cosa ma sai che non prendono precauzioni, cercano venire senza mascherina e questo genera anche una brutta luce sull’opinione che hai degli altri, sia come persone private “Così stupido, non avrei mai pensato che fosse così idiota!” sia come colleghi...se questi condividono un pensiero sanitario sulle cose ...comunque un virus è un virus, una malattia infettiva è una malattia infettiva, i morti sono veri non sono bare vuote....come fai a condividere un ambiente di lavoro , ecco, queste sono state le giornate quando ha cominciato a salire fuori l’eccezione “Non ci credo. Ma poi non è fino in fondo così...” sono stati momenti piuttosto pesanti poi devi rapportarti lo stesso con questa gente, li hai in riunione “Ti sei lavato le mani? Ma chi sei tu per chiedermi di lavarmi le mani? La mascherina ...sì sì e poi hanno la mascherina fin qua” Sono stati momenti difficili per noi poi per fortuna la questione si è risolta lentamente nel giro di qualche mese, no? In qualche giorno, chi voleva andarsene se ne è andato....*

*I: certo, diciamo che è stato un momento, se vogliamo vederlo un attimo all’interno dell’ambito della cura barra accudimento, anche per questi colleghi che...nel senso di doverli chiedere che...attenersi alle procedure come lavarsi le mani piuttosto la mascherina piuttosto che...*

*M: un accudimento quello lì che comincia a diventare un rimprovero. Io non devo rimproverare dei colleghi che dovrebbero difendere e difendersi dai pazienti, avere cura di me, dalle loro possibilità infettive, no? Loro dovrebbero essere quelli che difendono gli altri, non devono essere richiamati a un minimo di decenza. È un aggravio...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...Soprattutto in periodo Covid. Poi capita anche in questo periodo però come tra gennaio e febbraio dell’anno scorso, anzi, sì sì direi dell’anno scorso, non è mai successo prima nel senso che oltre a tutta l’attività ambulatoriale normale che c’era anche prima e che bene o male c’è adesso, c’erano questi o a volte anche 100 pazienti covid da seguire, da sentire, chi stava più o bene bene. Sono stati veramente tanto impegnativi e poi spesso i pazienti non capiscono, non sanno, che siamo un solo medico per 1500-1800 pazienti e che se non è un’urgenza reale devono aspettare perché per i pazienti chiaramente è sempre tutto urgente...” (int.02, F, medico di medicina generale)*

*“...Quando sono delle giornate che sembrano infinite, erano di turno, non mi ricordo più quanto fossero, però 9-10 ore, comunque tutta la giornata camminare su e giù, andare in bagno la paura di toccare. Tutto quello che tocchi, sudore, la sensazione di non respirare bene, la testa che ti gira, il mal di testa, la sete, quindi sì dura.*

*I: dura in quel periodo lì? è stata la maggiore fatica è stato proprio in quel momento che hai sentito maggiore fatica?*

*M: sì*

*I: sì sempre nel periodo Covid c’è una situazione in cui hai sentito incertezza e una in cui hai sentito che tutto è filato liscio*

*M: penso che quella che fila liscio e tranquillo non l’ho mai sentita. Penso incertezza costante. Uno perché era una malattia nuova e quindi non sapevi mai, non c’era un protocollo fisso, cambiava costantemente. Poi i sintomi erano talmente variabili che all’inizio non sapevi mai cos’era. Anche una congiuntivite poteva essere covid, anche delle macchie sulla pelle potevano essere covid. Quindi era tutto un miscuglio di cose. Poi anche il test covid non si sapeva bene dopo quanti giorni dalla comparsa dei sintomi era positivo perché a volte era negativo e quindi nell’incertezza costante costante...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

*“...C’erano le unità le Usca però boh erano oberate di lavoro, anche lì un casino e ricordo che era stato un periodo veramente difficile proprio secondo me per il fatto che il non poter vedere il medico crea un grossissimo gap nella relazione di cura. Mi sono accorta che per i pazienti parlare al telefono non è la stessa cosa che venire a farsi vedere, farsi visitare ma neanche a farsi visitare ma a parlare faccia-a-faccia per le persone fa la differenza...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

“...arrivavano i ricoveri proprio uno dietro l'altro e il turno quel turno di notte abbiamo fatto 10 ricoveri consecutivi e non mi sono mai fermata e quello è stato...come dire...l'immagine dello tsunami che mi che mi veniva addosso era stata abbastanza chiara.... sempre in relazione a queste ondate di pazienti che arrivavano si aprivano settori, cioè appunto si aprivano tutti i vari settori del reparto, cominciarono ad aprirsi progressivamente per accogliere pazienti Covid e appunto vedevi proprio ogni mezz'ora chiamavano dal pronto soccorso per ricoverare i pazienti ed era proprio l'effetto ondata e sentirsi incapaci di gestire tutta la situazione ecco...” (int.06, F, medico ospedaliero)

“...in realtà sono state tutte giornate intense cioè nel senso che tra il mio lavoro e diciamo il lavoro in ospedale le giornate sono state tutte molto pesanti. Devo dire si tornava a casa decisamente esausti poi diciamo quando siamo arrivati alla primavera che noi facevamo i trasporti dei pazienti da un ospedale all'altro...le tute...faceva un caldo qui a \*\*\*\* faceva 20 passa gradi dentro le tute con le ambulanze chiuse sotto il sole diciamo sono state tutte giornate molto pesanti. Per assurdo uno semmai si ricorda le giornate meno pesanti cioè quelle in cui si è fatto qualcosa meno a differenza del solito erano...era quasi diciamo più facile lavorare di notte cosa che per noi...per tutti la notte è un periodo di lavoro più pesante però almeno si lavorava col fresco e oggettivamente si respirava un po' di più si sentiva meno la fatica però oggettivamente quei 3-4 mesi sono stati veramente veramente impegnativi giorno dopo giorno...” (int.07, M, medico ospedaliero)

“...quindi in quel periodo lì si non si capiva perché non si capiva esattamente dove andavamo a parare ecco quindi ci sono state delle giornate molto difficili anche per tutto l'equipe. Devo dire questa è la cosa interessante che qui contrariamente a quello che ci aspettavamo non solo ci aspettavamo un'infezione dilagante tra i nostri pazienti che non ci fu ma ci aspettavamo anche una scarsa disponibilità di capire no? le regole perché notoriamente i tossicodipendenti sono molto insofferenti alle regole no? ecco e ci aspettavamo che queste regole che avevamo messo abbastanza precise non fossero difficilmente e invece abbiamo avuto una grande collaborazione da parte dei pazienti che probabilmente avevano capito la difficoltà e quindi se dovevano aspettare aspettavano fuori non facevano casino. Devo dire che questo ci ha aiutato molto a migliorare anche le relazioni con i pazienti che compreso hanno capito la difficoltà del momento e non hanno creato ulteriori difficoltà

I: certo certo. Mi racconta invece di una situazione in cui magari invece si è sentito a disagio in questo periodo? Se c'è stata

M: mah una situazione che mi ha un po' creato rabbia per la verità è stata un po' più con la direzione generale perché arrivavano delle indicazioni quasi quotidiane da parte della regione su come dovevamo comportarci servizi etc. no? e la direzione non...per esempio la regione tanto per cambiare si era dimenticata dei servizi per le dipendenze. E' vero che non sono il primo non sono la cardiologia e neanche la medicina ma sono una realtà che segue più di 20000 persone nel \*\*\*\*. Ecco si sono dimenticati e quando arrivarono le indicazioni per chi doveva cosa bisognava chiudere no? la regione nelle indicazioni non citava i servizi per le dipendenze ma solo i servizi di salute mentale, la neuropsichiatria infantile sì però eh! Ma non il servizio per le dipendenze. La direzione nostra non prese posizione in quel momento quindi non sapevano cosa fare e quindi in quel momento dopo una rapida consultazione a livello dei colleghi del \*\*\*\* con cui abbiamo un'associazione noi di coordinamento di tutto di tutti i direttori del Serd dei servizi per le dipendenze del Veneto decidemmo che noi avremmo continuato e quindi proponemmo tutti quanti dal \*\*\*\* alle nostre direzioni di continuare tenendo aperto i servizi con le misure di protezione che avevo spiegato prima e continuai. Ecco la cosa mi fece molto arrabbiare perché come sempre ho detto “ecco ancora una volta non si tiene conto di questi utenti pazienti che sono la la situazione più critica nella fascia giovanile no? perché le dipendenze sono la problematica sanitaria e sociale più impegnativa che c'è che c'è ma come sempre perché mi era già capitato altre volte anche in questa occasione non si tiene conto di questi servizi di questi operatori e sono 600 operatori nel pubblico nel \*\*\*\* e più di nel privato nel \*\*\*\* perché c'è un privato convenzionato le comunità terapeutiche con cui si lavora in integrazione che erano anche loro. Lo stesso anche per loro perché anche loro erano in difficoltà anche le comunità e solo successivamente perché si parlava di case di riposo ma non si parlava mai di comunità terapeutiche per problemi di dipendenza. Poi per fortuna andando più avanti nella seconda parte fu risolta perché la regione prese atto che i nostri servizi restarono aperti e poi inserirono anche le strutture terapeutiche le comunità terapeutiche tra tutti i servizi a cui dare delle indicazioni citati però perché all'inizio non venivano neanche citati. Questo fa capire come c'è ancora una nonostante la pesantezza sul piano sociale della problematica delle dipendenze c'è nella testa dei nostri amministratori non ci siamo insomma, ci siamo quando fa comodo ma non ci siamo come esattamente le altre discipline mediche...” (int.08, M, medico ospedaliero)

“...c'è stata appunto una giornata in cui abbiamo trovato dei casi di positività all'interno di una sezione per cui abbiamo fatto un lavoro titanico di spostamento di detenuti da una sezione a un'altra cercando di

*isolare appunto la sezione dei positivi con la sezione dei contatti stretti e quella è stata una giornata incredibile nel senso che abbiamo dovuto visitare tutti i detenuti programmate tutti i tamponi con i poliziotti cercare di capire quali erano le disponibilità delle celle e poi i monitoraggi quotidiani insomma, quindi ogni giorno bisognava passare a visitare centinaia di persone che magari non avevano un cavolo però erano positivi e dovevi tenerli monitorati. Quella è stata una delle giornate più intense in assoluto collegate al discorso covid che ho subito. Recentemente abbiamo subito strascichi un attimo di quella che è stata la vicenda covid perché gli ultimi pazienti che abbiamo avuto parlo di quest'inverno inizio gennaio fine dicembre che c'è stata un'altra ondata di positività erano quasi tutti pazienti insomma paucisintomatici che più di un raffreddore un po' di tosse che però vittima diciamo degli anni di medicalizzazione quasi forzata di quella che poteva essere una sintomatologia anche blanda (audio si sente male) avevano bisogno di un confronto telefonico con il medico quotidiano anche senza reali motivazioni e quindi ci siamo subito un po' la psicosi ecco. Casi gravi gravi ultimamente non ce ne sono stati fortunatamente solo qualche anziano che aveva ben altri problemi sottostanti ecco però questi sono i ricordi che ho di giornate particolarmente intense sul covid..." (int.09, M, medico di medicina generale)*

*"...sì c'è stata una giornata che ricordo...una domenica che sono stata via...niente in confronto a quelle dei miei colleghi....cioè non lavoravo era gratis....era la familiare di una che non conoscevo una signora anziana problematica con varie patologie insomma che non poteva prendere diversi farmaci e sono stata al telefono tutto il giorno tra l'altro ho preso la bombola di ossigeno...sono andata a prendergliela a portargliela, c'era la coda nelle farmacie insomma tutto il giorno e mio marito era anche un po' arrabbiato....insomma di fatto sì....se sei al lavoro e vai di fuori va beh però ero a casa era del tutto un po' così....va beh oppure altre volte dovevo finire di lavorare ma avevo un accordo...avendo la mia situazione avevo l'accordo che di tre mattine diventavano 3 giorni pieni magari non erano più mattine nei momenti un po' più intensi quando c'era più bisogno ecco e poi per carità ripeto rispetto a quello che hanno fatto gli altri non è niente però stare al telefono tutto il giorno comunque è un po' alienante dopo un po' non capisci più niente o quando ti rispondono e capire come fa uno così..." (int.12, F, medico ospedaliero)*

*"...mah più che una particolarmente intensa ne ricordo tante nel senso che ci sono state delle giornate che proprio "ma cos'è sta roba?" nel senso che non era possibile rispondere al telefono dalle 8 di mattina e fino alle 21 di sera per rispondere al telefono e non riuscivo a, non avevo la segretaria all'epoca, e non riuscivo neanche a far fronte a tutte le telefonate della giornata e a volte mi trovavo che "mamma mia qua ho tante persone e non sono riuscita a richiamare tutte" e avevo proprio la percezione che la cosa mi sfuggisse di mano magari quelle che erano le 20 chiamate che non eri riuscita a rifare e poi rispondere ed erano cose importanti o magari tra virgolette banalità nel senso l'impegnativa o un consiglio ma magari in mezzo a tutto questo uno poteva veramente avere...avevo la sensazione che qualcosa mi potesse sfuggire..." (int.13, F, medico di medicina generale)*

Un medico di medicina generale riporta lo stato di incertezza in cui viveva quelle giornate:

*"...sono state giornate intense per il sovraccarico ma una in particolare me la ricordo. (silenzio) Sono tornato a casa dal lavoro dopo una bruttissima giornata e aveva tanta di quella rabbia dentro che sono esploso a casa e ho dato un pugno alla porta è l'ho rotta. Lì ho capito che qualcosa non andava..."*

*I: questa è stata una giornata di maggiore fatica e una in cui si è sentito a disagio?*

*M: a disagio? Beh....*

*I: una situazione particolare?*

*M: sempre in quella giornata perché dopo quell'episodio a casa....sono state giornate di medicina d'urgenza più che da ambulatorio di medicina generale. Mi sono trovato nella situazione di dover fare una sorta di triage per far fronte a tutto..." (int.04, M, medico di medicina generale)*

Un altro collega racconta di una giornata molto intensa anche dal punto di vista emotivo tanto da avere un risvolto all'interno delle mura domestiche:

*“...sì sempre nel contesto casa di riposo perché me ne sono morti tanti, vedere la cella mortuaria piena abbiamo dovuto aprirne la chiesa perché non bastava non bastavano gli spazi per i decessi le agenzie funebri erano full quindi avevamo veramente salme su salme cioè vedere quelle scene...infatti avevamo tentato di fare un po' di terapia per elaborare lo stress post traumatico che poi si è interrotto perché c'è stato un altro focolaio in struttura quindi i 2 psicologi che si erano offerti soprattutto per gli operatori ma era stato allargato comunque anche a chi era stato coinvolto allora ho partecipato volentieri ma si è emerso un po' per tutti vedere questi anziani morire in solitudine in sofferenza e con poche risorse all'ora c'era veramente poco di tutto quindi è stato veramente pesante, quindi non uno cioè io davanti ho più persone purtroppo perché poi ti dovevi dividere essendo in pochi un po' per tutti sai, non potevi concentrarti su uno in particolare...” (int.11, F, medico ospedaliero).*

Oltre ad essere un periodo intenso, unico, particolare, è stato anche un momento in cui tre medici ospedalieri hanno vissuto dei momenti di incertezza legata alla gestione dei pazienti in seguito alla diffusione del virus tra gli operatori sanitari. Sono stati definiti dei momenti “brutti” tanto da riportare delle conseguenze personali a livello fisico come l'insonnia e mentale come il sentirsi impotenti di fronte a tutto ciò che stava accadendo:

*“...alcune situazioni invece un po' più brutte si soprattutto quando ci siamo trovati a gestire i primi pazienti col covid per i quali tra le varie cose che facevamo facevamo anche quelli dei trasporti secondari cioè da un ospedale ad un altro. Quindi il paziente Covid positivo che si aggrava in ospedale viene intubato e deve essere trasferito perché in quell'ospedale non c'è la terapia intensiva ci occupavamo anche di questo trasferimento. Lì sono sorti i primi problemi perché ci siamo accorti che questi pazienti intubati pazienti gravi non diciamo non sopportavano non erano in grado di sopportare la ventilazione a mano cioè nel senso il fatto che noi durante il trasferimento li collegavamo al ventilatore meccanico cosa che è una cosa abbastanza frequente così quando facciamo questi trasporti secondari e lì si mi ricordo che c'è stato un episodio il primo che ho fatto probabilmente in cui c'ho avuto una paziente effettivamente che mi ha desaturato insomma ha rischiato veramente ha rischiato veramente brutto perché non eravamo pronti a questo. Avevamo gestita come gestivamo tutti gli altri tipologie di pazienti ma per fortuna ci siamo trovati di fronte un trasporto non particolarmente lungo però diciamo ce la siamo vista brutta e comunque ci siamo resi mi sono reso conto in quel caso che lì abbiamo rischiato di perdere il paziente per un...non è una nostra colpa perché lì in quel caso ci mancavano ancora le conoscenze però oggettivamente se lì il paziente fosse deceduto tecnicamente la colpa era nostra poi è tutto giustificabile è tutto come dire riconducibile a una carenza di strutture a una carenza di conoscenza in quel caso però insomma sapere di aver perso un paziente che si poteva non perdere se si fossero messi in atto determinati determinate accortezze quella è sicuramente una situazione che serve poi da insegnamento chiaramente che da allora personalmente mi sono rifiutato di fare tutti quei trasporti che non prevedevano l'isoventilatore quando cioè la situazione hai visto veramente che quel paziente ha rischiato capisci che devi cambiare strategia operative. Quello è un caso che ricordo perché effettivamente insomma mi ha messo paura perché insomma e poi là c'era tutto il disagio di fare tutto ciò con la problematica fisica delle tute della maschera degli occhiali. Cioè consideri che con gli occhiali con la maschera etc. ma anche con le visiere col caldo che non è l'ambiente ospedaliero cioè dopo 5 minuti che cominciavi ad avere caldo e a sudare facevi la condensa dentro le maschere e non vedevi nulla quindi immagini lei dover cercare di gestire una situazione di gravità di un paziente grave che ti sta dando dei problemi inaspettati doverlo gestire non vedendo. Infatti devo dire che queste situazioni sono state poche però lì abbiamo rischiato qualcosa però per esempio ci siamo tolti le maschere e avevamo solo le mascherine ffp2 perché? Perché oggettivamente ti rendevi conto che altrimenti non eri proprio in grado di fare di fare il tuo...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...ecco la preoccupazione nostra è stata questa forse è stata quando nel secondo periodo anche gli operatori hanno cominciato ad infettarsi e quindi a stare a casa allora il problema era qua: se ci infettiamo tutti dobbiamo chiudere il Serd cosa che non è possibile dal punto di vista pratico perché appunto con i farmaci sostitutivi la gente viene lì ok? c'è l'affido etc però turnando tutti i giorni arrivano a 100/150 persone. Quindi lì abbiamo cominciato a preoccuparci perché abbiamo detto “qui dobbiamo alzare un po' le barriere l'attenzione perché forse l'abbiamo calata troppo e cominciamo a infettarci troppo poi questo diventa molto rischioso no?” se cominciano a stare a casa 5 infermieri su 6 non siamo in grado di fare niente, questo un po'...” (int.08, M, medico ospedaliero)*

*“...no, durante quel periodo andava tutto male eh purtroppo sai perché è ovvio che quando cominciavano a ridursi casi cominciavamo a respirare un pochino quindi sollievo però ecco durante le ondate il picco e lì sono tutte negative nel senso che ho tanti casi e poche le risorse e quindi tu cercavi di dare al massimo però tante volte di era impotenti proprio perché i limiti fisici la stanchezza e i tanti casi cioè ti impedivano ecco penso che tutti quanti ne abbiamo sofferto c'ha preso un po' di ansia depressione l'insonnia è stata dura insomma. Poi nel momento in cui andavamo a calare con focolai allora cominciavi a rivedere un po' il sole quindi giornate particolari sicuramente la giornata bella è quando, parlo sempre della casa di riposo perché poi il territorio è un capitolo pure che è stato tragico lì abbiamo ricevuto tante telefonate di gente sola poi l'impossibilità di aiutare gente positiva anziani anziani soli covid con badanti che non ci volevano stare nonostante la garanzia dei DP ti sentivi anche impotente “adesso dove lo metti, in ospedale non lo vogliono, case di riposo non lo vogliono, ospedali di comunità covid nascono per gli ospedali quindi...” e lì cominci a pregare e dici speriamo in una soluzione e cominci...ti stressi cominci a trovare la soluzione non è semplice ecco il momento di serenità è quando tutto pulito tutto free è stato tutto free senza casi covid e allora si ricomincia a vivere e a respirare però è stato tremendo, prima e seconda ondata diciamo lunga la passione con recidive abbiamo visto il buio un po' tutti i sanitari...” (int.11, F, medico ospedaliero).*

La pesantezza, il dolore, i sentimenti di rabbia e paura delle esperienze di cura che i medici hanno vissuto, possono essere rappresentate, nell'opera, dal cerchio sovrapposto al triangolo scaleno dipinto con i colori del marrone, arancione e verde in cui tre triangoli sottili puntano verso il centro del cerchio come a trafiggere, a colpire a provocare dolore, anche se potrebbero simboleggiare il bersaglio di queste tre “frecce” scagliate.

Tre medici ospedalieri riportano che, nonostante tutto, vi sono state giornate in cui “tutto è filato liscio” perché non venivano chiamati in altri reparti per visitare nuovi accessi o pazienti che peggioravano, oppure per il fatto che il diffondersi del virus era contenuto:

*“...beh il giorno in cui filava liscio tutto era il giorno in cui non mi chiamavano. Quando non mi chiamavano per urgenze in giro dai reparti voleva dire che quel giorno almeno le persone non erano state così male da chiamare me e da peggiorare e quello per me era il giorno liscio. Poi che i pazienti in rianimazione non fossero lì lisci non importa quelli erano già lì più gravi dell'ospedale e quindi sapevamo che sarebbero andati quasi tutti male. Un giorno in cui era andato bene era questo non tanto perché guarivano ma perché non ce ne erano altri che stavano peggio ecco...” (int.10, F, medico ospedaliero)*

*“...mah devo dire che rispetto alla prima riflessione devo dire molte situazioni sono andate bene proprio perché quando abbiamo percepito che non ci sarebbe stato questo numero enorme di persone infettate no? un tossicodipendente infettato sarebbe comunque venuto al Serd perché doveva venirsi a prendere specialmente quelli in trattamento sostitutivo no? e quindi come è capitato eh? Solo che abbiamo visto che ce lo dicevano e quindi noi abbiamo fornito le mascherine etc.tutto quello la disinfezione la davamo noi insomma etc. e solo in pochissimi casi noi abbiamo dovuto, abbiamo anche un servizio domiciliare che segue più di 120/140 persone e in pochissimi casi abbiamo dovuto andare a domicilio insomma quindi o i famigliari o la paziente che però ci riferiva “guardate che sono positivo” anche perché noi avevamo stabilito anche percorso perché potessero fare il test ma non facevamo noi il test direttamente ma dovevano andare dove li facevano gli altri e quindi insomma abbiamo cercato di incanalarli dargli tutte le indicazioni precise insomma da questo punto di vista le cose sono andate abbastanza bene abbastanza bene insomma. Situazioni critiche particolarmente critiche devo dire che non ne abbiamo avuto nel periodo del Covid ne per infezioni legate al Covid ne...” (int.08, M, medico ospedaliero)*



### 4.3.3. Processo di cura

Capire come accadono gli eventi mostrando le tappe del processo che li ha generati piuttosto che le condizioni che li hanno resi necessari, questa è la premessa per l'analisi rispetto al processo di cura.

Il processo di cura è quella linea sinuosa con il tratto spesso che giunge sottile nella parte finale. Dalla pesantezza iniziale del processo per giungere alla leggerezza dello stesso quando vi è giovamento, la situazione migliora. Un'alternanza di curve, di alti e bassi proprio come lo è questo processo evolutivo.

L'esperienza di cura avviene all'interno di un processo, è movimento, non è statico, un po' come lo sono l'insieme di tutti gli elementi della Composizione VIII che insieme danno un senso di "movimento" inteso proprio come la mancanza di staticità del pensiero, dell'opera in sé. La cura non è ferma, va in più direzioni per perseguire il suo obiettivo; a volte intraprende una strada dritta, a volte deve cambiare direzione o vedersi protagonista di un movimento come le montagne russe, ma è movimento, un movimento in evoluzione.

Con l'avvento della diffusione dell'epidemia da Sars Covid-19, sono avvenute altre situazioni che forse, sarebbero accadute ugualmente ma con tempi diversi. Nulla è necessario ma lo è fintanto che altre cose avvengano e in particolare nell'ambito della cura si sono potuti osservare dei cambiamenti sia nel processo, che nelle modalità.

Come riporta la Lonati nel libro "Prendersi cura", la visita di un paziente passa attraverso quello che si chiama esame obiettivo che, secondo la semeiotica medica, richiede un'attivazione di tutti i sensi del medico. Si articola infatti in ispezione, palpazione, percussione e auscultazione. Il corpo del paziente viene toccato con una tecnica specifica in cui i punti in cui il medico poggia le mani, le caratteristiche del tocco, la sua profondità, intensità, capacità di evocare dolore offrono strumenti diagnostici. In realtà, è un'abitudine un po' persa perché trova poco spazio nella bio-tecno-medicina. Si studia sui libri, ci si esercita da studenti, ma poi è molto più semplice chiedere un esame che certamente offre risposte più certe piuttosto che dedicarsi a toccare il corpo dell'altro. Eppure, la visita è un primo strumento terapeutico, un modo di entrare in relazione importante per i pazienti, che li fa sentire "curati", forse a maggior ragione quando hanno perso l'abitudine a essere toccati, sono anziani, malati, resi irriconoscibili prima di tutto

a sé stessi dalla patologia che li ha colpiti, talvolta spaventati dal pensiero di suscitare ribrezzo o disgusto. Con l'avvento del Covid, in qualche modo si è arrivati a non toccare, a visitare in modo diverso i pazienti. Sembra che con ciò sia avvenuta la svalorizzazione del lavoro di cura, una mancanza del riconoscimento della soggettività e delle capacità delle persone impegnate con i pazienti e le loro famiglie, a costruire percorsi d'assistenza umani e sostenibili. (Minelli 2015)

In questa area dell'intervista si è “dialogato” su come è cambiato il modo di prendersi cura nel tempo, quali aspetti verranno mantenuti rispetto alle nuove modalità sorte con il diffondersi della Sars Covid-19. Rispetto alle nuove modalità del prendersi cura, secondo i medici intervistati rimarranno alcune pratiche in uso in questo ultimo triennio come ad esempio l'uso della mascherina negli spazi di cura, l'uso del test Covid che diverrà come un esame da laboratorio di “routine”, tutta la componente relativa alla tecnologia e digitalizzazione che è entrata in uso come il video-consulto, mentre come strumentazione un medico di medicina generale riporta che rimarrà l'utilizzo del saturimetro come strumento usato in casa alla stregua del misuratore di pressione o del test glicemico

*“...probabilmente rimarrà lo stato di, come posso dire, di digitalizzazione delle cure. Credo che quella cosa lì rimarrà perché mi sembra che stia prendendo sempre più piede questa cosa della telemedicina, degli strumenti social tra virgolette per rapportarsi con il medico, quindi la mail WhatsApp messaggini e tutte queste cose qua. Questo credo che rimarrà perché sostanzialmente è una cosa inarrestabile, un progresso inarrestabile visto che questi mezzi di comunicazione sono preponderanti all'interno delle nostre vite e credo che rimarranno anche nella medicina e nel rapporto di cura e spero che rimanga e comunque rimarrà per sempre anche l'accesso all'ambulatorio anche se paradossalmente vedo che l'accesso all'ambulatorio viene usato molto di più per problematiche di tipo psicologico più che fisico quindi le persone vengono adesso dal covid in poi molto di più per malesseri interiori, quindi stati o quelle che vengono banalmente chiamate malattie psicosomatiche quindi sti mal di pancia ste allergie queste cose, oppure il malessere l'ansia preoccupazioni etc. piuttosto che farsi visitare perché stanno male davvero. Quindi io spero che questa cosa non rimanga perché molto spesso ultimamente mi capita di rendermi conto di fare un lavoro quasi più psicologico con le persone che clinico-medico. Cioè a fine giornata io di 30 pazienti che ho visto ne ho visitati 2 e con gli altri ho solo parlato magari per rassicurarli magari per darli qualche consiglio o suggerimento che poi dal punto di vista psicologico riesco a fare fin là perché io certi strumenti manco li conosco quindi... però mi sono accorta di questo disagio fortissimo che c'è nelle persone...” (int.05, F, medico di medicina generale).*

Ciò che è mutato con la pandemia è anche il target dei pazienti che accedono in ambulatorio: un tempo accedevano in gran parte anziani, ora invece tutte le fasce di età e ciò, secondo loro, rimarrà; altro elemento di cambiamento ma che i medici si auspicano che con il tempo si ritorni alla modalità pre-Covid, è il modo di relazionarsi con il paziente e il distacco fisico; infine rimarrà l'attenzione per l'aspetto infettivo

“...ma io spero è una speranza non so se dopo rimarrà. Io spero che rimanga intanto la maggiore attenzione che è stata posta nel periodo legata al problema infettivologico la maggiore attenzione alla sicurezza alla protezione sia degli operatori che degli utenti che in genere viene raccomandata ma poco applicata nei servizi come i nostri ma forse anche negli altri servizi non so meno degli altri servizi nei nostri servizi quindi io spero che rimanga sicuramente questa attenzione sia alla sicurezza ma anche al paziente un’attenzione ai suoi bisogni individuali che è molto utile nei nostri nella nostra tipologia di pazienti in cui il trattamento è legato alla relazione. E’ la relazione l’elemento fondamentale del trattamento nella salute mentale in generale ma nelle tossicodipendenze in particolare etc. e quindi c’è questo atteggiamento di maggiore attenzione alle persone il bisogno delle persone a come stanno le persone a come si sentono le persone alle emozioni che esprimono le persone le preoccupazioni perché anche dopo i nostri pazienti c’hanno espresso le loro preoccupazioni le preoccupazioni delle persone e questo spero che rimanga e ripeto come dicevo prima io spero anche che rimangano alcune modalità di trattamento online che permettono sia di risparmiare tempo sia di avvicinare fasce di persone che altrimenti non si avvicinerebbero e terzo il trattamento online il trattamento l’uso dei della tecnologia online ha anche permesso di risparmiare una barca di tempo ma veramente tanto tempo nelle relazioni con i colleghi. Questo spero che rimanga nelle riunioni no? dove dove si perdevano mattinate intere per fare un UVMD un’unità valutativa multidimensionale per discutere di un caso di perdeva una mattina. Adesso spero che questo rimanga si fa online e si perde un’ora, insomma, si perde si utilizza un’ora e per quel tipo di attività è indispensabile una una un monitoraggio del paziente una valutazione di un paziente in comunità terapeutica prima si andava a \*\*\*\* perdendo giornate, adesso si fa online ottenendo lo stesso risultato quindi ma utilizzando un’ora un’ora e mezza non di più e quindi questa cosa spero che sia che rimanga...” (int.08, M, medico ospedaliero)

“...credo che si cambiato un po’ il modo di relazionarsi con i pazienti perché i contatti sono sempre di più e credo che questa sarà una cosa che resterà perché abbiamo contatti con più o meno tutte le età, quando una volta dal medico andavano soprattutto gli anziani e credo che questa sarà una cosa che resterà e....mmmm...credo che alcuni pazienti dovranno capire che alcuni contatti dovranno essere più rapidi, passami la parola, in termine per il consiglio veloce rispondo via mail, chi vuole dei miei colleghi risponde su WhatsApp io non voglio avere WhatsApp con i pazienti e però secondo me dovranno abituarsi i pazienti che non si va dal medico per qualsiasi stupidaggine, per qualsiasi cosa rapida ma che si può accettare anche la telefonata o consiglio telefonico....mmmm....cosa non resterà...mmmm....non lo so, non saprei cosa dire, cosa non resterà io spero che un pochino le relazioni con i pazienti possano migliorare dopo il Covid e che quindi siano meno astiosi nei nostri confronti e che si fidino un po’ più di noi in generale perché c’è stato secondo me un peggioramento nella fiducia dei medici da parte dei pazienti in generale... poi siamo cambiati anche noi nel senso che noi siamo molto diversi rispetto ai medici di una volta che può essere un bene o un male però una volta si lavorava per tenersi il paziente perché ovviamente in base a quante visite si faceva si veniva anche pagati quindi è cambiato molto anche questo nel tempo....eeee....le conoscenze sono diverse rispetto a un po’ di anni fa nel senso che si fanno sempre più avanzamenti nelle linee-guida, nelle terapie, nella diagnostica, quindi noi dobbiamo avere molte più conoscenze dei medici di una volta e i pazienti devono capire che non possiamo sapere tutto soprattutto noi medici di base...eeeeee....che abbiamo questo limite tra virgolette... simile diciamo che per tutti l’obiettivo deve essere il benessere del paziente, la salute del paziente altrimenti non ci si prende cura a 360°, è cambiata nel senso che da noi i pazienti vengono molto di più e quindi purtroppo abbiamo meno tempo per creare relazione con il singolo paziente rispetto a quella che avevano i medici una volta, secondo me. E questa sì è una cosa che secondo me è cambiata molto nel tempo. Poi ora da una decina d’anni esiste una scuola di specialità per noi medici di base che una volta non c’era e anche questa ha cambiato un po’ le cose nel senso che anche in specialità insegnano a come relazionarsi con i pazienti. Poi i medici di base fino a pochi anni fa spesso facevano anche una seconda libera professione o facevano i dentisti o facevano medicina del lavoro e quindi secondo me non mettevano al primo posto, come cerchiamo di fare noi, la medicina generale...” (int.02, F, medico di medicina generale).

Un medico ospedaliero non sa definire che cosa rimarrà di quanto è sorto con l’avvento della Sars Covid-19, non sa identificarlo con precisione in quanto è stato un evento epocale, antropologico

“...Non so che cosa, non so che cosa, non sono in grado di identificarlo con precisione ma so che sta roba è epocale, so che sta roba è antropologica, so che sta roba ha cambiato completamente tutto, ha cambiato

*l'idea di fondo no? Il posto su quale camminare, sulla globalizzazione, non è così indifferente la globalizzazione anche perché mi dà l'idea che se sollecitato mi darebbe una risposta ottimale ma ci sono state centinaia di morti e continuano ad esserci e quindi non so in che cosa inciderà o che forme prenderà, forse di maggior protesta di rivendicazione, non ho idea ma so che assolutamente non è la stessa cosa. Il nostro mondo era un mondo abbastanza al sicuro almeno come è la rappresentazione globale, generale e non è più assolutamente più al sicuro: crisi economica crisi covid crisi guerra ; non è più lo stesso. Non so che forme prenderà sta roba però ne terrà segno-traccia e non solo memoria ma traccia di percorso da fare diverso da prima...” (int.01, M, medico ospedaliero).*

La maggior parte dei medici narratori si auspicano che alcune cose vengano tralasciate, di non portarsele appresso e di “lasciarle” racchiuse entro la parentesi pandemica: ad esempio il fatto di lasciare i pazienti da soli soprattutto nel fine vita, oppure, il distacco fisico per riprendere a visitare come era un tempo in particolare ricevendo i pazienti in ambulatorio. Alcuni medici riportano i risvolti negativi, le conseguenze rispetto alle modalità introdotte con il Covid e riguardano soprattutto un peggioramento degli accessi in ospedale o in ambulatorio e delle ospedalizzazioni dovute a quei pazienti cronici che, in seguito alla pandemia, non sono più stati visitati e quindi il quadro clinico cronico è peggiorato. Un medico inoltre dice che ci sarà un rallentamento nelle vaccinazioni per quanto è emerso

*“...onestamente non ci vedo degli spunti positivi nel senso che secondo me abbiamo avuto...il problema del Covid a noi a livello di cura dei pazienti ci ha solo dato dei problemi perché? perché come dicevo chiaramente gestire certi pazienti è stato molto complicato. Cioè consideri che abbiamo avuto situazioni in cui i pazienti erano da soli perché il personale era poco e che urgenze diciamo che si sono corse nei reparti nelle aree Covid del pronto soccorso urgenze vere si sono viste riferite perché il personale che accorre anche consulenti etc. per la prima accesso alle emergenze avevano l'urgenza di doversi vestire e quindi chiaramente diventava tutto abbastanza complicato. Quello abbiamo capito alla fine che probabilmente le precauzioni che usavamo all'inizio forse erano un po' eccessive quindi oggi abbiamo capito che si può gestire in maniera sicura operatori paziente con il covid anche con precauzioni minori però ecco vedere spunti positivi onestamente non me ne vengono in mente ma magari anche limitato dalla mia esperienza però ecco cose che mi verrebbe da dire “oh il Covid ci ha insegnato questa cosa” per quanto riguarda la cura del paziente onestamente non ce ne vedo...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...beh appunto come le dicevo spesso e volentieri il paziente vede nel medico una persona con la bacchetta magica nel senso vuoi appunto per la questione Covid che ha medicalizzato qualsiasi cosa vuoi anche per l'epoca in cui vivendo tutto deve essere risolto immediatamente e il paziente deve guarire subito, per cui spesso ti ritrovi a dover prescrivere un po' la pillola indorata per dare quel qualcosa alla persona quasi un placebo diciamo per far capire alla persona che ti stai prendendo cura di lei che però non è una reale efficacia perché se un raffreddore dura 7 giorni 7 giorni dura al massimo non è una cosa risolutiva non è una cosa necessaria questi tipi di richieste vanno a intasare come le dicevo un servizio che è già claudicante per cui che va a sottrarre tempo a quelle persone che sono cose veramente importanti. Bisogna pensare seriamente e lo dico proprio anche in ambito sindacale come risolvere questa cosa perché non è possibile che un medico si occupi di questo tipo di problemi qua ed è una cosa che si sta cercando di risolvere in qualche modo ma che sinceramente non capisco come possa essere risolta dato che c'è tutta una serie di responsabilità che un non sanitario all'interno dell'azienda per cui questo è rimasto rispetto al percorso di cura...” (int.09, M, medico di medicina generale).*

Alla domanda rispetto alle somiglianze del curare prima della diffusione del Covid e successivamente, i medici non rilevano somiglianze ma differenze

*“...è rimasta uguale nella definizione. La gente viene a chiederti circa le stesse cose. la definizione dell’argomento, la definizione della situazione è la stessa e basta perché in realtà le cose che ti chiedono sono diverse, in realtà le paure che hanno sono diverse. In realtà per questo...per le abitudini questa...incenerimento delle aspettative del futuro che fra l’altro è stato il primo del periodo perché prima la grande crisi del 2008 economica, covid ha tagliato la testa ha messo...la guerra in Ucraina...ha tagliato la testa sul futuro e quindi la definizione è quella che è rimasta, loro dicono “ho questo sintomo vuol dire che ho questa malattia vorrà dire che adesso lei mi darà la cura” Punto e basta. Perché in realtà tutte le attese la certezza sono volate in pezzi. In qualcuno che tentava di avere qualche suggerimento di certezza questa non è mai stata fornita, non è mai stata sbocciata, nei giovani nei giovanissimi questo non è mai successo “ok adesso tu studi...no non posso studiare perché non posso andare a scuola. Sì a scuola ci vado ma ci vado col computer ma non vedo gli altri miei amici. Li vedrai? Sì forse li vedrò ma forse non si sa. Eh, ma quando li vedrai li vedrai più vi vedrete più ti puoi ammalare” una devastazione nella rappresentazione del futuro per chi ce l’ha già un’identità e nella costruzione dell’identità è un disastro, un disastro. All’interno di un contesto dove il paese fa fatica dal 2008 noi abbiamo beccato una crisi economica pazzesca da cui non si riprende più ci metti dentro una roba in cui la medicina mondiale non riesce a fermare una cosa che si infiltra dappertutto e uccide intera generazione i nonni e tu costruisci il futuro del domani su che? I giovani di oggi sono messi così a livello di...perplexi sopravvissuti e i vecchi della mia età o un po’ meno dicono “va beh speriamo di aver messo abbastanza al sicuro per poter fare una vita sulla base delle norme delle regole in cui mi ero adagiato, usato rappresentare negli anni passati. E i ragazzi? Mah...e questo si vede adesso. Poi una volta che apri la porta del lockdown la gente comincia a frequentarsi, prima caduta seconda ondata, terza ondata poi cammino di ripresa no? E’ successo questo e...poi si ritrovano da potersi vedere lo stesso, fare i conti uguali...intanto il covid non è passato, due...e quindi? Beh, allora? Adesso c’è un’angoscia sul futuro da parte delle persone che non si sono mai costruite un’identità sul presente, da prender paura. Questo è stato il grosso che ha portato il Covid. Altri ricordi di gente in crisi esistenziale di rappresentazione di sé e di rappresentazione del futuro intorno che lo circonda che gli propone, gli propone, gli propone...pazzesca...” (int.01, M, medico ospedaliero).*

Le differenze sono relative all’ambito organizzativo, l’accesso agli ambulatori, le richieste da parte dei pazienti e l’aumento di paura e angoscia in questi ultimi a tal punto da renderli più fragili e meno autonomi

*“...ma i pazienti sono molto più angosciati, cioè adesso piano piano dopo due anni si sta tornando alla normalità ma prima diciamo che c’è stato un boom. Nelle mail molti più dubbi, molte più domande, mille dubbi “ma l’appuntamento c’è davvero? È davvero a quest’ora?” cioè anche cose che prima si giudicavano ovvie, cioè si è proprio vista la differenza tra prima e dopo. Angoscia generalizzata delle persone, poi soprattutto quando venivano nel mio ufficio cioè non volevano farsi toccare...questa differenza abissale. Poi oggi piano piano si è ripreso il contatto sociale, si ritorna piano piano a darsi due baci, si porta un po’ meno la mascherina...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

*“...allora sicuramente è cambiato molto il tipo di utenza nel senso che il paziente è stato infragilito tantissimo da quelle che sono state le comunicazioni le comunicazioni mediatiche soprattutto perché prima il paziente e questo glielo dico dati alla mano nel senso che nel nostro gruppo abbiamo stiamo raccogliendo delle statistiche su quelli che erano gli accessi pre post Covid e abbiamo proprio visto come ci sia stato un raddoppio di quelli che sono le richieste dei pazienti tra pre e post covid nel senso che una volta il paziente era più autonomo riusciva a gestirsi dei sintomi blandi come poteva essere la sindrome da raffreddamento o l’inizio di un’influenza adesso invece al primo starnuto tutto viene medicalizzato tutto viene posto all’attenzione di un sanitario andando a depauperare quella che è la responsabilità individuale del paziente della sua salute, alla fine la salute è un fedus un accordo un patto tra professionista sanitario e paziente ma paziente non è deresponsabilizzato di quella che è la sua il suo stato di salute cioè hai il raffreddore ti comporti di conseguenza se c’è qualcosa di grave senti il medico. Col fatto che la sanità è pubblica tutto è gratis la gente essenzialmente ti chiama per qualsiasi cazzata detto proprio in francese per cui c’è stata*

*una una deresponsabilizzazione voluta da parte delle istituzioni in un periodo di emergenza perché chiaramente quando c'erano dei sintomi bisognava stare un po' attenti perché c'era il Covid che poi però ha lasciato degli strascichi impressionanti insomma su quelle che sono le difese delle persone e per difese intendo difese mentali nel senso andare a razionalizzare quello che è effettivamente un problema per cui ci siamo proprio accorti che il carico del lavoro è aumentato di sproposito ma di cazzate essenzialmente e questa cosa qua è molto pericolosa perché va a sottrarre tempo ed energie a persone che ne hanno veramente bisogno e questa cosa qua l'abbiamo proprio notata nel senso che spesso e volentieri ti capita di avere poco tempo per fare delle cose serie e non avere invece cioè come dire non avere nessun tipo di assistenza da parte di forme insomma di educazione di educare il paziente. Se non esiste più un'educazione sanitaria si è fatto tanto per il covid per andare ad allarmare la persona di contattare i sanitari e quant'altro ma non si è fatto niente adesso contro per andare a rieducare la persona sull'autotrattamento di certi sintomi che sono banali che possono essere gestiti anche a domicilio senza andare a intasare dei servizi per cui ho notato proprio un cambio della cura se vogliamo chiamarla così però causato da quello che è stato un turbamento dei pazienti essenzialmente cosa che può essere normale soprattutto in chi è un po' più mentalmente fragile insomma se non riesce a capire cosa stia succedendo però ho notato proprio un cambiamento nella tipologia di utenza nella tipologia di richiesta dell'utenza ...” (int.09, M, medico di medicina generale)*

*“...penso che ci sia da considerare oltre al fatto del Covid in questi anni, il fatto che c'è una gravissima carenza di medici e che sta secondo me aggravando la situazione. Io percepisco da prima del Covid ad adesso c'è molta più fretteolosità da parte mia, magari anche involontaria, perché ho veramente un carico di richieste che è quadruplicato rispetto a durante il Covid e c'è da contare il fatto che durante il covid certe persone non avevano fatto i controlli che dovevano fare e quindi cercano di farli tutti quanti adesso creando un sovraccarico e ho un sovraccarico fisico perché appunto essendo andati in pensione vari medici, la mia quota di pazienti è aumentata sopra quello che è il massimale e non è più 1500 ma ne ho 1870 e fanno molto la differenza e c'è da dire che prima del Covid diciamo la generazione, la mia generazione tendeva a venire in ambulatorio mentre adesso non vedo praticamente nessuno della mia età perché hanno capito che possono fare tutto via mail o messaggio o telefono e tendono a usare la via cibernetica, chiamo io, e mentre invece le persone della fascia più anziana vengono praticamente come prima più di prima e le persone sono diventate mooolto più paurose. Secondo me il covid, come posso dire, mmmmm...danneggiato la capacità di giudizio e di self caring delle persone. Mentre prima del Covid una persona con il raffreddore, con la febbre manco veniva da me o magari mi chiamava per dirmi “dottoressa mi servono i giorni per il lavoro”, adesso la maggior parte delle persone ma anche giovani della mia età mi chiamano per dirmi “ho 37 di febbre cosa devo fare?” o “ho il raffreddore cosa devo prendere?” cose che mi lasciano un po' perplessa perché dico “avrà avuto il raffreddore prima di adesso nella tua vita? Prendi quello che ha preso di solito” però capisco che il fatto covid ha impattato tantissimo su come le persone gestiscono una sindrome simil-influenzale che potrebbe essere sempre Covid. Quindi mi rendo conto che loro sono ancora spaventatissimi di non saper gestire il covid quando in realtà adesso è veramente una sindrome simil-influenzale come tantissime altre che abbiamo avuto nei secoli e secoli e quindi penso che la cosa che sia cambiata di più sia proprio l'approccio che hanno le persone con questo tipo di sintomi che non sono più capaci di gestirli secondo me.*

*I: ho capito. Non sanno più discernere proprio la gravità, amplificano secondo te?*

*M: ma forse non è neanche un amplificare, ecco è proprio come essere disarmati, come non saper più che pesce pigliare. Mentre invece prima del Covid questa era una caratteristica tipica delle mamme. Io ho lavorato per tempo anche come pediatra e le mamme tipicamente con i loro bambini piccoli soprattutto non sanno che pesci pigliare...appena il puto el ga' 37.5 o un po' di tosse o starnutisce loro lo portano subito dal medico come se il medico fosse il Papa. Cioè non è che io posso sapere se starnutisce che cos'ha, ma nelle mamme sta cosa era tipica. Invece adesso ce l'hanno un po' tutti. Vedo tantissime persone che prima non sentivo mai e che adesso mi chiamano per dirmi che hanno il raffreddore cosa devono prendere, che hanno 37.5 cosa devono prendere, oppure mi dicono “ho la febbre cosa faccio?” ...” (int.05, F, medico di medicina generale).*

Uno degli aspetti che i medici portavano in evidenza come cambiamento, è la tecnologia e in particolare il mutamento dei sistemi di comunicazione sorti con l'evento pandemico. Due medici di medicina generale ne riportano le differenze maggiori:

*“...cioè cosa è cambiato tra prima e dopo...allora...beh sicuramente secondo me quello che il Covid ha in senso sia positivo che negativo è stato il fatto di iniziare a utilizzare molto di più tutti i sistemi di*

comunicazione digitali no? Quindi la mail la messaggistica la telefonata in rari casi però raramente la videochiamata sono stati comunque molto molto utilizzati allora che da un lato è un bene secondo me perché ovviamente durante il Covid questo ha agevolato e son state sono l'unico modo che ha consentito in certi casi di rimanere in contatto quindi sicuramente hanno avuto degli aspetti positivi, dall'altro poi si è assistito poi post ad un...quasi a volte abuso di questi mezzi nel senso che poi si l'utenza si sia un po' abituata per esempio alla messaggistica e tante volte e io per esempio non ho WhatsApp per il momento non ho scelto di metterlo appositamente perché avevo tutti pazienti nuovi quindi mi sono detta "prima di mettere WhatsApp voglio prima conoscere i pazienti" e decidere poi in un secondo momento se metterlo o non metterlo perché se lo mettevo da subito poi sarebbe stato difficile toglierlo come...una volta che dai un un qualcosa al paziente poi è difficile tornare indietro e toglierlo quindi ho preferito dare la possibilità che mi scrivessero via sms, l'sms si è vero è sempre un messaggio però un po' più contenuto nel senso che su WhatsApp la gente si sbizzarrisce nel senso che ti manda foto ti manda allegati ti manda referti ti manda vocali ti manda...poi siccome è gratuito ti risponde continuamente ehhh cioè tipo botta e risposta quindi non è una comunicazione puntuale ma diventa una comunicazione telefonica solo che per via scritta no? e questo può portare secondo me...ripeto è un vantaggio da un lato quindi sicuramente agevola dall'altro però...ehhhh...dà adito a molti fraintendimenti cioè la comunicazione su WhatsApp è molto pericolosa secondo me per l'ambito sanitario perché intanto puoi fraintendere dei sintomi che ha il paziente poi non hai il tono di voce non hai la comunicazione del...non hai appunto il tono di voce non hai l'espressività del volto non hai eeeee...non hai neanche appunto non senti appunto la persona quanto male ha quanto male sta e quindi tante volte quello che il paziente ti può scrivere su Whatsapp poi mal interpretarlo ok? Magari anche sottovalutando quello che ha il paziente per dire faccio un esempio l'altro giorno mi ha chiamato una signora dicendomi che aveva mal di gola e dalla voce ho capito subito che era un mal di gola strano perché aveva una voce che sembrava che avesse una patata in bocca proprio la classica voce da patata in bocca si chiama in gergo volgare diciamo e che è un mal di gola tipico delle tonsilliti da streptococco e con sotto anche un ascesso. Io dalla voce mi sono accorta subito e gli ho detto "no venga subito che la voglio vedere", se questa stessa persona magari mi avesse scritto invece che aveva un mal di gola su un messaggio WhatsApp magari siccome te ne arrivano mal di gola soprattutto nella stagione invernale tantissimi e non tutti riesci a vederli subito in giornata soprattutto se non hanno febbre e questa signora non aveva febbre magari gli avrei detto "va bene signora si prenda un antiinfiammatorio per due giorni e poi la vedo se persiste" e invece questa era una signora che andava vista subito quindi quello che voglio dire è che con WhatsApp tu rischi di fraintendere sottovalutare e anche sia la gravità di un problema ma anche la parte emotiva della persona quindi spesso anche una tua risposta che può sembrare troppo sbrigativa può sembrare poco attenta proprio perché manca il tono di voce. Può essere fraintesa proprio no? quindi secondo me dà adito a dei...anche a dei problemi di comunicazione tra medico e paziente alla lunga. Oltre al fatto che dal punto di vista va beh medico-legale poi ha delle implicazioni notevoli nel senso dei rischi notevoli e non parliamo poi di privacy di tutte queste altre cose che ovviamente poi sono tutto un altro bel mondo che andrebbe eeeee...scandagliato eh va bhe...quindi sì diciamo che il Covid ha un po' sdoganato tutti questi mezzi qui di comunicazione che prima magari si usavano molto meno, gli ha sdoganati con un'arma a doppio taglio nel senso che...l'abuso di queste metodologie eeeee...può avere secondo me anche dei dei tornaconti negativi sia per il paziente che per il medico eeeee...questo eeee...poi cosa succede? Allora diciamo che qualcosa che è cambiato nel prendersi cura del paziente uuu...allora io devo dire che...sono una persona...cioè a me piace vedere il paziente anche ascoltarlo e parlarci per cui appunto per fortuna credo che nonostante il Covid poi in qualche modo io sia riuscita a recuperare questa parte con i miei pazienti cioè comunque di parlarci contatto anche di persona io spesso insomma se soprattutto vedo una persona poche volte e mi chiama per una cosa magari dico ok ti do il consiglio telefonico però poi ti voglio vedere in ambulatorio se persiste se non passa comunque ti voglio vedere quindi per me la parte della presenza è fondamentale quella parte della presenza del vedersi dal vivo è fondamentale. Durante il Covid però nella fase proprio acuta diciamo dove le telefonate erano tantissime le persone il telefono le telefonate erano innumerevoli anche le telefonate duravano tantissimo nel senso che magari sai uno iniziava ti diceva "buongiorno oggi sono risultato ho tosse e febbre mi sono fatto un tampone in farmacia sono risultato positivo cosa devo fare dottoressa?" allora li iniziavi a spiegarli "allora adesso deve fare tot giorni di quarantena dal giorno al giorno, aspetti che le faccio il certificato, mi dica dove abita ok tale via bon, facciamo il certificato, poi è da solo o è stato a contatto con qualcuno?" "Sì con mio figlio mia madre mio suocero mio nip..." quindi "bene ok allora il figlio è positivo dal al questo è positivo dal al questo è positivo deve stare fino al, ok partiamo dai sintomi che sintomi avete? Che sintomi ha il cognato? Che sintomi ha il figlio? Ok lei prenda questo lei prenda quest'altro eeeee...lei no non può prenderli perché ha l'insufficienza renale" insomma c'era veramente la telefonata non diventava una telefonata per un problema singolo ok? del singolo ma diventava un problema appunto comunitario e quindi tu stavi al telefono anche 15 minuti con la stessa persona che ti chiedeva prima appunto la parte burocratica di cosa doveva fare dal punto di vista burocratico per l'isolamento poi ti chiedeva appunto l'emissione del certificato di malattia poi ti chiedeva se stava male per i sintomi ti chiedeva cosa doveva

*fare quindi che cosa prendere poi magari ti chiamava una seconda volta o comunque ti chiedeva di fare il tampone di fine quindi quando doveva fare il tampone di fine quindi diventavano veramente delle telefonate intanto molto ripetitive nel senso che a tutte le persone tu ripetevi le stesse cose quindi molto alienante devo dire e e soprattutto quasi spersoni...cioè diventavano quasi spersonalizzate dopo un po' nel senso che appunto ti trovavi a ripetere sempre le stesse cose come un disco perché il problema sembrava in quel momento solo e soltanto il Covid quando in realtà ha continuato ad esserci tutto il resto però veniva un po' messo in secondo piano da questa cosa qua eh si eh questo principalmente secondo me è cambiato cioè l'utilizzo del telefono l'utilizzo dei mezzi di comunicazione..." (int.13, F, medico di medicina generale)*

*"...dell'attività online che prima noi non facevamo quasi niente qualcosina ma molto sporadico mentre invece utilizzavamo abbastanza il telefono no? per chiamare le persone per sentirle per fare dei monitoraggi più il telefono. Mentre invece le videochiamate l'uso del non veniva fatto e quindi questo qui è cambiato molto perché durante il lockdown durante il covid abbiamo cominciato come tutti a utilizzare di più e abbiamo capito che ci sono alcune attività che possono anche essere usate normalmente indipendentemente dal Covid e questo abbiamo visto che favorisce l'aggancio con determinate tipologie di persone che fanno fatica a venire al servizio in un servizio come le dipendenze che è molto etichettato no anche? è molto stigmatizzato e quindi abbiamo cominciato ad utilizzarlo in maniera sistematica abbiamo adesso avevamo in corso quando io ho finito la mia attività delle terapie di gruppo e delle terapie individuali psicologiche individuali oltre che dei monitoraggi regolari come standard regolare della della dell'attività di cura insomma. Cosa che prima non facevamo se non telefonicamente..." (int.08, M, medico ospedaliero)*

*"...diciamo la cura diretta con il paziente tutto ciò che attiene alle comunicazioni fra i medici e i famigliari sostanzialmente dei pazienti perché? Perché ovviamente noi abbiamo gestito tutto questo diciamo la comunicazione con i famigliari l'abbiamo gestita prevalentemente per telefono e questo c'ha fatto capire cioè ci ha messo di fronte un grosso limite di comunicazione perché per telefono si riesce a comunicare va bene però non è così non è così efficace come il rapporto de visu però da una parte dall'altra parte diciamo c'ha costretto formalmente a comunicare quotidianamente con i famigliari di questi pazienti. Nel senso oggi se io lavoro in ospedale e ho un paziente ricoverato se il famigliare non viene al colloquio con il medico fino a prima del Covid non esisteva che il medico si metteva al telefono e telefonava al famigliare, anzi, era quasi "va beh non è venuto nessuno, pace". Questo da una parte diciamo ci ha portato a un concetto che bisogna comunicare con i famigliari che soprattutto non possono vedere il proprio caro, dall'altra parte però secondo me ha dato proprio un cioè ha....cristallizzato un pochetto il rapporto comunicativo e questo secondo me non è non è un bene perché sono convinto che nel processo di cura la comunicazione sia non dico la più importante del processo di cura stesso ma l'informazione la comunicazione assolutamente è essenziale anche per avere un buon rapporto di fiducia medico-paziente e questo il covid purtroppo ce lo ha tolto. Cioè il fatto che i famigliari...cioè...gente che ha visto entrare il proprio genitore in ospedale e non lo ha mai più visto, l'ha visto semplicemente morto anzi neanche morto lo ha visto perché le bare venivano chiuse e quindi i famigliari hanno perso parenti magari visti entrare due mesi prima in ospedale e mai più visti quindi questo oggettivamente ha creato ci ha creato un problema. Ancora oggi in tanti posti ci sono polaisi diverse da ospedale a ospedale da reparto a reparto dello stesso ospedale ci sono posti ancora dove non si può accedere all'interno dei locali così come nei pronto soccorso. Questo secondo me ha oggettivamente aggravato un problema, sta creando oggi un problema..." (int.07, M, medico ospedaliero).*

Un medico ospedaliero racconta che ancor oggi è evidente il distacco come cambiamento introdotto con l'arrivo del Covid-19 soprattutto una mancanza di ascolto:

*"...secondo me il distacco perché ancora purtroppo manteniamo le restrizioni. Ci sono sai è ovvio che poi non si può dire, io sono molto di contatto ravvicinato soprattutto con alcune categorie e non puoi mantenere la distanza, tante volte anche la mascherina mezza e mezza se no poveri non riescono a capire però in generale penso che ci sia sì sia cambiato c'è questa distanza queste regole che sicuramente in un...non aiutano il paziente fragile il paziente che ha bisogno non solo di farmaci ma avrebbe bisogno anche di essere asc...anche di essere...l'ascolto perché penso che siano in pochi ad essere propensi a stare ad ascoltare, vuoi perché i ritmi ti impongono sai devono cronometrare tutto vuoi le disposizioni sulla gestione covid un po' rallentato rispetto a prima ancora ci sono. Infatti è cambiato l'approccio in peggio secondo*



*me in peggio nel senso che per carità andava fatto quando andava fatto ma adesso fa parte di noi e dovrebbero però...ci arriveremo piano piano...*” (int.11, F, medico ospedaliero).

Nel tempo, e non nel periodo caratterizzato dalla pandemia, le modalità del prendersi cura sono mutate in seguito al fatto che sono cambiate anche le malattie, le quali non sono più le stesse di un tempo e di conseguenza anche le cure ne hanno risentito di tale cambiamento perché si sono adeguate alla tipologia della malattia

*“...Oggi giorno non sono più le stesse malattie di una volta. Grosso modo la maggior parte dei giovani stanno bene e loro stessi mi dicono non vado mai dal medico se non per il rinnovo della ricetta etc etc...quindi oggi la media della popolazione sta bene. C'è più prevenzione, tutti si lavano i denti, teoricamente nessuno ha più le carie, cioè si va meno, ...è cambiato anche il concetto di andar dal medico per ragioni diverse no? quindi la tua domanda qual era? Mi sono persa*

*I: quali sono le somiglianze e le differenze nelle pratiche di cura, nel tempo*

*M: eh appunto visto che anche le malattie sono cambiate nel corso del tempo, per forza anche la cura è cambiata. Io penso che negli anni moderni, si faccia più attenzione anche appunto all'aspetto psicologico della salute di una persona, almeno io sto molto più attenta all'aspetto psicologico della persona. Il medico non è solo quello che prescrive l'antibiotico, il rinnovo della pillola o il rinnovo dell'ipertensione ma soprattutto una persona che ti ascolta perché anche questo è prendersi cura, curare una persona ed è soprattutto quando il paziente si sente ascoltato, a proprio agio è lì che...”* (int.03, F, medico di medicina generale).

Un altro cambiamento avvenuto nel tempo, e rilevato dai medici intervistati, è l'attenzione all'aspetto psicologico in quanto curare è ascoltare; considerare il paziente nella sua globalità, nella sua interezza come persona

*“...allora penso che la differenza maggiore sia un tempo si badava molto di più l'integrità fisica e molto meno quella mentale mentre adesso ci si è resi conto che anche la salute psicologica è altrettanto importante. Tuttavia a mio avviso viene ancora molto sottovalutata la salute psicologica perché se parliamo di prevenzione di sanità pubblica, non c'è nessuna misura che tuteli la salute psicologica pubblica. Ci sono misure di prevenzione di tutti i tipi, fisica anche dal punto di vista che ne so di incidenti stradali prevenzione degli incidenti stradali ma non ci sono misure di supporto psicologico o di disagio psicologico, non c'è nulla. Secondo me manca la figura di uno psicologo di base da affiancare al medico di base e io mi accorgo di questa cosa ogni giorno perché come ti dicevo prima ci sono persone che hanno bisogno di sostegno psicologico che io non so dare perché io so dare sostegno supporto fisico. Io ho studiato la fisiopatologia ho studiato quello che serve a far funzionare il corpo chimicamente fisicamente ma non ho studiato la salute mentale che è molto più complicata è un argomento a sé. Manca secondo me una figura di supporto che andrebbe anche affiancata al medico di base perché se io potessi avere una persona di riferimento con la quale collaborare per certi pazienti le cose cambierebbero tantissimo dal punto di vista di salute pubblica in generale...”* (int.05, F, medico di medicina generale).

Il processo di cura è mutato per gli aspetti sopracitati ma è rimasto invariato nel tempo se si prendono in considerazione gli utenti: non vi sono distingu di pazienti, non si differenziano le modalità di cura per etnia, religione, sesso e lingua se non per il fatto che le modalità di comunicazione, gli stili comunicativi sono diversi in relazione alla

tipologia di utenti per il fatto di dover esser il più possibile compresi, capiti per le informazioni che vengono trasmesse, pertanto l'attenzione posta al tipo di linguaggio e termini utilizzati. Per alcuni medici di medicina generale ciò che è cambiato nel tempo è l'organizzazione in quanto si trovano a lavorare in un team working costituito da altri colleghi e figure professionali come ad esempio segretarie e infermiere, ove ogni operatore ha le sue specifiche competenze e ruolo all'interno del gruppo.

Il processo di cura è come l'evoluzione delle forme per Kandinskij, all'inizio le sue opere si presentavano solamente con determinate forme e colori, poi, pian piano la superficie di fondo vedeva presente anche altre forme che si aggiungevano alle precedenti. Il processo di cura nel tempo è un divenire, è movimento, non è staticità ed eventi improvvisi, come la pandemia, ne accelerano questi cambiamenti ma che sono già in atto da tempo.

#### 4.3.4. Relazione di cura

Le forme geometriche entrano in relazione con gli altri elementi dell'opera in quello che è lo spazio. La relazione di cura nella Composizione VIII è rappresentata da tutte quelle linee rette che pongono in relazione i cerchi, i triangoli e i quadrati, con altri elementi come attraversandoli, intersecandoli, connettendoli. Se si osserva l'opera, una linea retta nera e spessa pone in relazione il triangolo con una struttura geometrica più complessa composta da rettangoli che uniti tra loro formano come un palazzo che potrebbe simboleggiare il luogo dove si costruisce la relazione di cura, e dove avviene quest'ultima che può essere l'ospedale, l'ambulatorio o la casa. Oltre al luogo, la relazione, e in particolare quella di cura, è composta da diversi elementi che ne fanno risaltare il suo aspetto, come ad esempio la fiducia e l'etica. Proprio su queste due tematiche mi sono soffermata a “dialogare” con i medici.

Ma nella relazione altre due componenti sono salienti e sono il tempo e lo spazio. Il tempo che è un tempo “oggettivo”, in quanto misurabile, dove il trascorrere delle ore dei giorni dei mesi (se si pensa a ricoveri con lunghe degenze o al rapporto che ha il medico di famiglia con i propri utenti) ne favorisce la relazione, e un tempo soggettivo in cui tutto avviene in quel preciso istante, in un frangente, in un timing. Oltre alla dimensione temporale vi è anche quella spaziale, la distanza o la vicinanza dei corpi che

entrano in relazione tra loro, un esserci fisicamente, potersi vedere fisicamente o esserci solo con la voce, il dialogo attraverso una telefonata, una videochiamata, un collegamento online. Come nel caso delle nuove modalità di porsi in relazione con l'altro che sono state utilizzate nel periodo della pandemia da Covid, per poter continuare ad esserci e a curare nonostante la situazione imponesse limiti e modalità diverse da quelle che tutti noi conosciamo che sono legate al contatto fisico o al recarsi presso l'ambulatorio del proprio medico o in ospedale. Questo "altro distante" che ha messo fortemente alla prova entrambe le prospettive etiche e impone ancor più di interrogarsi sui possibili fondamenti emotivi e motivazionali di un agire giusto, attento e solidale verso qualcuno che vive in territori remoti ed è costretto da cause sempre più estreme a varcare i nostri confini o verso qualcuno con le quali non abbiamo apparentemente alcun vincolo in quanto sono sospese nella dimensione del non-ancora. (Pulcini, 2020)

La relazione di cura, se si pensa all'opera di Kandinskij, potrebbe essere rappresentata dai colori di sfondo sulla superficie che ne esaltano le diverse figure e i diversi tratti. Dal basso a sinistra i toni dell'azzurro fino a giungere ai toni dei colori più caldi sulla parte superiore della composizione. Rispetto ad alcuni elementi che rientrano nella sfera della relazione di cura, ai medici è stato chiesto che cosa pensassero relativamente a etica, fiducia, setting. Durante le loro narrazioni sono emersi anche l'aspetto del tempo e dei conflitti come elementi rilevanti.

Per quanto concerne l'etica della cura si definisce in qualche modo il valore del legame e della relazione facendosi carico della tutela delle relazioni (contro l'abbandono e il danneggiamento che ne deriva per la persona) e allo stesso tempo sostenendo il coinvolgimento affettivo ponendo l'attenzione al caso singolo e alla preoccupazione per le conseguenze che la scelta può avere sulla rete di rapporti. Sono "emozioni morali" (dall'empatia alla sensibilità/ricettività/responsiveness) che possono svolgere un ruolo positivo essenziale, appunto, per la cura dell'altro ed inoltre l'etica della cura non può indubbiamente fare a meno del rispetto dei diritti. L'importanza della dimensione giuridica della difesa dei diritti. Tuttavia, come riportato nel libro di Elena Pulcini (pag.40) sebbene necessario per determinati obiettivi e contesti, laddove si tratta piuttosto di proteggere le relazioni, di soddisfare i bisogni di agire in modo solidale:" Dove la giustizia protegge l'uguaglianza e la libertà, la cura favorisce i legami sociali e la cooperazione". (Pulcini, 2020)

I medici vedono l'importanza della questione dell'etica, anche se a volte rimane un semplice vocabolo come detto da un medico narratore ospedaliero e da un collega di medicina generale:

*“...sì il vocabolo sì, il vocabolo non è nella mia lingua. Io non sento l'etica, l'etica della cura e per questo ti chiedo che cosa intendi...su questo argomento mi trovo benissimo, sì mi trovo benissimo. Esistono diverse forme che noi non chiamiamo etica ma protocollari, applicazioni di protocolli, applicazioni di negozi, patti sottoscritti. Su questo ambito e in questo ambito è assolutamente migliorabile. Senso di richiesta messo nero su bianco presentato bene a Benazzi recentissimamente, per cui chiediamo consulenza medico-legale per definire il modo mooolto meglio di così. Non è che le competenze le responsabilità...adesso tutto sta andando...tutto quello che mio figlio non sa scrivere e leggere va messo addosso alla scuola: balle! Perché poi ci sono io che devo contribuire anche sull'educazione di mio figlio. Ma adesso viene messo tutto sulla scuola. Ma i problemi dei trasporti va messo ai tecnici degli ascensori o chi cambia le gomme, tutto quello che non funziona nella vita va messo dentro nella scuola nella psicologia nella psichiatria per correggerlo con forza: balle! Questo va ridiscusso, sì, ma che cosa sia l'etica sanitaria in generale, cioè se la sanità debba far carico di problemi esistenziali filosofici della popolazione mondiale, questo andrebbe discusso prima...questo andrebbe discusso perché noi siamo passati da un paradigma umanistico rimanendo in un ambito umanistico siamo passati a far finta che i paradigmi tecnici siano quelli che possono risolvere e rispondere...”*

*I: e' come una sorta di de-responsabilizzazione?*

*M: sì, deresponsabilizzazione che responsabilizza però l'esecutore ultimo. Ci sono degli argomenti di legge che il paziente psichiatrico pazzo come un cavallo ha comunque gli stessi diritti e doveri a meno che non venga interdetto, non venga limitato, non venga fatto qualcosa, che può decidere lui che io non devo parlare della sua situazione con nessuno; può decidere anche di non farsi vedere da nessuno, ma dall'altra parte “come? Avete lasciato lui da solo il pazzo che va tutti i giorni al telegiornale e ha ucciso 3 femmine a Roma perché ha accoppiato la moglie perché ha evirato i bambini li ha rapiti li ha portati via sulla luna ta ta ta...e voi che sapevate tutto questo non avete fatto niente?” o lui è libero di fare tutto quel che vuole e rispondere soltanto su sua richiesta o lui è uno da tenere sotto controllo ma mi dai gli strumenti tutti i santi minuti del giorno però. Decidi tu. Questo manca completamente, non sono delle falle, sono dei baratri di responsabilità che andrebbero ridiscussi all'interno del sistema già esistente e prima dicevo in cornice a tutto questo bisognerebbe discutere che cosa vogliono fare i sistemi di sanità pubblica. Cosa gli chiedi di fare: curare qualcuno, curare malattie, prenderti cura di, con quali strumenti con quali risorse. È un problema enorme. Io non lo vedrò...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...eh, un gran parolone! Quindi etica della cura...cioè così cosa mi viene in mente?*

*I: sì, cosa ti viene in mente quando ti dico etica della cura che cosa ti scatena, che cosa ti suscita...*

*M: beh oddio...etica...mmmmm...cioè molto difficile perché è quasi più un concetto filosofico che pratico...eerie...c'è anche la deontologia il fatto che il medico deve rispettare il codice deontologico ma anche il fatto di rispettare certi principi, principi sia di professione ma anche principi sulla vita...eerie...è un domandone...faccio fatica così a risponderti...” (int.03, F, medico medicina generale).*

L'etica per i medici narratori è composta da protocolli che talvolta ne limitano la possibilità di muoversi in autonomia, è deontologia, è personale, è un comportamento da tenere, è legislatura, è tutela della privacy e allo stesso tempo sconfinamento per la cura

*“...Dobbiamo sempre lavorare secondo l'etica però ci sono delle situazioni in cui purtroppo dobbiamo un po' andare oltre, cioè soprattutto per quanto riguarda la privacy del paziente con la famiglia. Nel senso che a volte ci troviamo in situazioni in cui per forza dobbiamo parlare con i famigliari e dal punto di vista etico non sarebbe proprio così corretto però dal punto di vista umano lo è, per cui bisogna mettere due cose sulla bilancia e a volte bisogna pensare che abbiamo a che fare con esseri umani...” (int.02, F, medico di medicina generale)*

*“...assolutamente fondamentale nel senso...l'etica credo che sia un concetto molto personale che va in base al paziente che si ha davanti. Ci sono pazienti per i quali l'etica è molto importante, pazienti che forse*

la considerano meno. Dal punto di vista medico ovviamente bisogna mantenere anche un comportamento etico a prescindere dal tipo di paziente che si ha davanti è chiaro che magari con certi si può essere un pochino più audaci rispetto ad altri. Personalmente non metto l'etica al primo piano di una relazione medico-paziente ovviamente..." (int.05, F, medico di medicina generale)

"...quello che è giusto fare.... Punto primo applicare tutto quello che è possibile applicare per quello specifico paziente considerando appunto anche le sue risorse nel senso che, cioè riuscire a capire fin dove ci si può spingere con l'intensità delle cure e capire quando è giusto ed etico appunto, di conseguenza, fermarsi nell'intensità delle cure cosa che può essere molto differente secondo me da paziente a paziente anche magari con lo stesso tipo di substrato di base nel senso che appunto...cioè....va valutato soprattutto l'intensità delle cure per ogni singolo paziente questo secondo me è la cosa più vicina all'etica del fare medico nel senso che il saper capire fino a dove bisogna spingersi per un paziente che è anche molto soggettivo nel senso che dipende da dove ti trovi ricoverato da chi ti segue da chi ti valuta da chi decide se per te c'è bisogno appunto di un'intubazione oppure no cosa che in realtà non dovrebbe tanto esserlo però a volte dipende anche dall'esperienza di ciascun medico e questo è non è etico, quello che invece sarebbe etico è appunto il...l'approcciarsi in maniera abbastanza standard ecco dal punto di vista con i pazienti nel senso di trattare allo stesso modo con la stessa intensità di cure i pazienti che hanno le stesse caratteristiche diciamo mediche. Questo sarebbe ecco..." (int.06, F, medico ospedaliero)

"...e l'altro aspetto è il punto di vista è l'aspetto etico perché oggi siamo costretti a curare persone che non solo non beneficiano delle nostre cure ma che spesso le nostre cure ne possono avere solo un peggioramento della qualità di vita e quindi cioè da un punto di vista etico è come dire frustrante dover fare qualcosa che non...sappiamo già essere lesivo della persona della sua integrità. Quindi insomma è complicato e questo genera molti problemi. Tra l'altro noi adesso facciamo i conti con la nuova legge sul consenso e dissenso alle cure che è una legge che è entrata in vigore da un paio d'anni 2 o 3 anni e dice esplicitamente che i pazienti non in grado di esprimere il proprio consenso e dissenso e parliamo soprattutto poi degli anziani o certe persone che hanno le demenze gente che è incapace di esprimere il consenso/dissenso. In assenza di tutori legali nominati dal tribunale in assenza di dichiarazione etc etc. i famigliari non possono prendere decisioni per loro conto. Questa è una cosa che in passato invece si faceva. In ospedale per sottoporre a un intervento chirurgico urgente la persona che era in coma perché c'aveva un'emorragia cerebrale si faceva firmare il consenso all'intervento chirurgico al famigliare. Oggi questo è illegale quindi però cosa succede? Succede che è complicato spiegare ai famigliari della persona anziana etc. che loro non possono esprimere consenso/dissenso alle cure e questo per noi è molto complicato perché ci pone di fronte a situazioni di difficile gestione da un punto di vista etico e da un punto di vista proprio pratico quindi....e...le persone non lo sanno non lo capiscono e questo ci sta creando grossi problemi proprio nella cura delle persone soprattutto perché lì è sì un problema di tipo fiduciario che etico viviamo tutti tutti inevitabilmente con lo spauracchio della denuncia del contezioso e quindi purtroppo è un dato oggettivo e la maggior parte delle nostre scelte si basa su un discorso di tutela medico-legale e anche questo è folle perché si inficia la fiducia medico-paziente perché tra l'altro un paziente un po' come dire invece un po'orientato è facile che si renda conto che il medico ragiona e prenda delle scelte in virtù appunto di una tutela dal contezioso piuttosto che un reale beneficio nei confronti del paziente e poi appunto dal punto di vista etico che noi facciamo esami inutili facciamo indagini che non servono e questo non è etico nei confronti del paziente quindi l'impatto è grosso è forte..." (int.07, M, medico ospedaliero)

"...l'etica è importantissima nel senso che bisogna sempre agire...quando si dimentica l'etica vuol dire che non...il mestiere del medico a maggior ragione rispetto ad altri mestieri considerati tra virgolette importanti è un mestiere che deve essere estremamente congiunto con l'etica perché si ha a che fare con appunto delle persone con situazioni delicate per cui l'etica è un principio fondamentale nel nostro lavoro assolutamente. C'è il codice deontologico e deve essere messo davanti a qualsiasi cosa insomma questo è quello che penso io per cui l'etica è estremamente importante. Spesso e volentieri forse è uno zelo un eccesso di zelo un eccesso di etica che ti fa vivere anche male certe situazioni perché tendi a non sottovalutare nulla ma questo ti logora pian piano per cui l'etica è importante ma spesso e volentieri non esiste cioè viene usata quasi come una giustificazione sullo spremersi come limoni ecco per cui è importate però spesso e volentieri bisognerebbe mettere anche un freno a quello che è un bisogno esistenziale perché una persona non ce la fa. Sì sì è importantissima l'etica però non deve essere usata come strumento ricattatorio nei confronti di persone che essenzialmente sono estremamente viziate e chiedono tutto e subito facendo leva sull'etica. Il medico deve visitare chiunque e quindi anche io che ho male all'unghia da due ore voglio essere visitato oggi quindi muoversi con prepotenza nei confronti di una persona che deve muoversi dentro dei binari che sono ben circoscritti che sono quelli dell'etica insomma però spesso e volentieri come le dicevo ci sono persone che la usano a proprio favore ecco in maniera prepotente ecco..." (int.09, M, medico di medicina generale)

*“...non saprei non saprei perché io quando penso che stiamo andando oltre lo faccio notare. Quello che penso è che in tanti ospedali non c'è un comitato etico con cui confrontarci e soprattutto spesso viene lasciata al singolo viene lasciato al singolo il momento del morire e di affrontare la morte, non nel senso che non si scelga come gruppo, magari si sceglie in gruppo che è arrivata la fine per il paziente però poi c'è sempre quello che dice “ma no tentiamo questo ma no tentiamo quello” e poi arrivi tu e dici “no questo non ce la fa più basta” ecco allora tu dici basta e questa etica io la sento la sento e mi piacerebbe che ci fosse un percorso di scelta condiviso con tutti con tanti altri specialisti ma in totale da arrivare prima a certe scelte perché c'è un tempo c'è un'età e ci sono patologie per tutto e bisognerebbe poter scegliere prima anche in gruppo perché certe malattie magari pluritratate che arrivano a un a fine corsa possono arrivare a fine corsa con una scelta diversa e soprattutto anche con forme di accanimento diverse perché bisogna saper vivere e bisogna anche saper morire perché la morte è una certezza, prima o poi capita a tutti ma come ci vogliamo arrivare? Alcuni vogliono arrivarci torturati con tutte le possibilità ed è una scelta ma magari qualcun altro non vuole questo tipo di scelta e sarebbe giusto che potesse farlo liberamente e che soprattutto tanti medici accettassero la libera scelta perché c'è anche chi di fronte ad alcuni desideri si oppone e “in urgenza decido io” e non è corretto, bisogna essere liberi fino alla fine...” (int.10, F, medico ospedaliero)*

*“...adesso siamo un'esagerazione nel senso che non sei più abituato a pensare col tuo cervello a vedere anche che ogni situazione è diversa che non si può applicare un protocollo a tutti alla stessa maniera quindi io ho proprio sperimentato sulla mia pelle questo e quindi per quello che anche forse ho osato durante da questo punto di vista ho osato anche durante la pandemia perché sia su me stessa sia sui miei famigliari ho visto quanto l'applicazione diciamo terra di un protocollo sia devastante cioè e pure io non è che ne usufruisca, certo che mi leggo i protocolli sono guide fondamentali sicuramente utili però non è una scusa per dire “ok io ho fatto il protocollo quindi ho fatto il mio” cioè il mio non è fare il protocollo il mio è curare una persona cioè perché allora mettiamo un computer che gli dici cosa deve fare e invece ho visto tanti medici tanti infermieri secondo me non per cattiveria ma anche per paura perché sono sottoposti comunque a stress umani lavorativi o altro forse poi ci sta anche qualche furbo per carità, però in generale se si mettono davanti sto protocollo dicono “ok io ho fatto quello devo fare quello punto” e invece no non è così è proprio sbagliato. Io sono molto critica su questo approccio che invece c'è, detto ciò, il protocollo è fondamentale...” (int.12, F, medico ospedaliero).*

Per quanto riguarda, invece, la fiducia, i medici intervistati ne delineano caratteristiche e funzioni; anch'essa è fondamentale nel rapporto medico/paziente e ne è la base della relazione di cura poiché se venisse a mancare, diventa una difficoltà e lo hanno provato e vissuto nel periodo pandemico

*“...la fiducia a volte c'è a volte non c'è e si capisce, non è...una volta il medico era non so c'erano le tre autorità qua in paese io mi ricordo che era così il medico il sindaco e il prete adesso non è più rimasto nessuno, non c'è rispetto proprio in generale non c'è fiducia in generale quindi proprio non si può pretendere verso il medico piuttosto che verso il prete piuttosto che verso il sindaco, non c'è né, è come l'educazione che manca e una cosa di cui è carente la società non può che essere carente anche in medicina, non ce né. Sono pochi i pazienti che si fidano ancora del medico o dell'infermiere e quando si trovano fanno piacere che uno si fidi e che capisca che c'è il percorso da fare insieme, quando invece non c'è fiducia, pazienza, si fa il proprio lavoro lo stesso, si sa che poi è tutto una sfida che mister Google da sempre tante risposte e leggono sempre qualcosa e hanno sempre chiesto qualcosa a qualcun altro e si sa è così, si prende atto e si va avanti, fine, poi se uno vuole ricredersi si ricrede se uno è convinto delle sue convinzioni rimarrà convinto delle sue convinzioni ed è libero di scegliere...” (int.10, F, medico ospedaliero).*

La fiducia, secondo alcuni medici narratori, deriva dalle competenze, a volte è composta da pregiudizi, è tutelante nei confronti del medico e deve essere reciproca nel senso che anche il medico deve potersi fidare del proprio paziente.

*“...assolutamente fondamentale da entrambe le parti perché innanzitutto il paziente deve fidarsi del medico ma anche il medico deve fidarsi del paziente perché se io penso che quella persona non segua la terapia che io prescrivo sicuramente lo tratto anche con maggior leggerezza e quindi magari non funziona...”* (int.05, F, medico di medicina generale)

*“...allora è reciproca è reciproca anche la fiducia nel senso che se il paziente non si fida di me non può esserci una relazione di cura nel senso che tutte le cose che io posso proporre al paziente sia che siano anche le migliori ma se il paziente non si fida resta sempre in dubbio e quindi non....non....questo porta al fatto che magari il paziente non è non è compiante non aderente alla terapia o comunque eeeee....non si affida a quello che gli consiglia, allo stesso tempo quindi è import....cioè quello che voglio dire se il paziente non si fida appunto mmmm.....anch'io non mi posso fidare di lui nel senso che se il paziente non si fida di me magari quella terapia non la prende faccio un esempio banale su una terapia una cosa banale anch'io non mi posso fidare di lui perché rischio anch'io nel momento in cui il paziente magari che ne so non mi prende l'insulina in modo corretto perché può avere delle conseguenze che mettono in difficoltà anche me, non so se mi sono spiegata nel senso che io mi devo anche...il paziente si deve fidare di me ma anch'io mi devo fidare che il paziente faccia eeeee....cioè....aderisca alla terapia o comunque che si fidi di quello che gli propongo che....insomma è reciproca non so non mi vengono adesso degli esempi concreti mmmm....e che non vuol dire che il paziente deve fare quello che dice il medico, attenzione, nel senso che non intendo che il paziente deve prendere per oro colato quello che dice il medico e fa fare in modo mmmm....pedissequo quello che che consiglia il medico ma intendo che se c'è comunque un rapporto di fiducia il paziente lo può dire al medico lo può esprimere al medico dire “guarda questa terapia io non riesco a portarla avanti questa terapia io non la riesco a fare” oppure “non sono d'accordo con questo esame che lei mi vuole proporre” oppure “preferisco aspettare per fare questo intervento perché non me la sento” allora se il paziente si fida ti dice quello che pensa e quindi anche tu medico ti puoi fidare di lui nel senso che dici “ok io so veramente cosa questo paziente pensa, cosa questo paziente può fare, cosa non può fare, cosa si sente di fare e cosa no” e quindi poi insieme decidere fin dove arrivare sapendo anche le conseguenze di una scelta cioè se uno mi dice “no io l'anticoagulante non lo voglio prendere e non lo prendo dottoressa” “ok” io posso dire ok “sai quali potrebbero essere i rischi, ti avviso dei rischi e poi posso anche accettare che tu paziente non voglia fare quella terapia” però l'importante che ci sia stata una trasparenza una chiarezza da entrambi i lati quindi la fiducia è un po' fatta di questo di trasparenza di di....rispetto delle idee reciproche ma con trasparenza. Se invece uno magari non non ti dice “no guarda non sono d'accordo” però poi non eeee...va da un altro specialista va da un altro “no perché...” senza magari renderti partecipe senza dirti allora poi anche tu come medico sei in difficoltà le volte successive perché non sai quanto quello che tu...mmmm....*

*I: dici poi recepisca il paziente*

*M: esatto! La fiducia è fatta proprio secondo me non....non....delle stesse idee, si possono avere...io appunto ho l'esempio di un paziente di una famiglia del paziente che hanno avuto...su cui abbiamo parlato tanto discusso tanto su per esempio mmm...sul fatto che per esempio loro al loro caro non volevano dire certe la diagnosi per esempio e su questo abbiamo ragionato tantissimo insieme eeee....la cosa che è stata secondo me vincente che poi ha creato veramente una bella relazione con questi pazienti che poi ha fatto secondo me crescere entrambi sia me che loro è stato proprio che ci siamo detti quello che entrambi pensavamo ma nel rispetto reciproco e soprattutto rispettando quella che era la visione dell'altro e cercando comunque ogni giorno di giungere di negoziare su queste su queste magari visioni differenti...”* (int.13, F, medico di medicina generale)

*“...io mi sento di dire questo, cioè nel senso che allora siamo arrivati a un periodo in cui il rapporto medico-paziente dovrebbe essere basato sulla fiducia. Questo lo dicono...è proprio...come dire...un dettame deontologico della nostra professione. Per assurdo nel senso io quando prendo noi ormai quando ci prendiamo cura delle persone dovremmo cioè come dire in maniera provocatoria noi dovremmo rifiutarci di prenderci cura delle persone perché abbiamo la chiara netta percezione all'inizio del rapporto di cura che il rapporto di fiducia che dovrebbe essere alla base del rapporto medico-paziente non c'è. allora se io devo curare una persona il cui familiare in maniera esagera il cui familiare mi dice “se non fate qualcosa a mamma io vi denuncio” allora io dovrei avere la forza di dire “guardi siccome qui il rapporto medico-paziente non c'è di fiducia, e sul rapporto di fiducia si dovrebbe fondare il nostro rapporto io rinuncio a curare suo papà. Vada da un altro” perché è un dato oggettivo no? quindi questo è*

*un problema cioè la mancanza di fiducia noi diciamo cioè io come medico dico le cose dico qualcosa dò un consiglio e la maggior parte delle volte la risposta è “sì ok ma io preferisco fare così” cioè quindi non ci si fida proprio più dei medici e questo è il dato oggettivo...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...mah qui bisogna fare una duplice riflessione. La prima riflessione è quello che questo è un ambito come già dicevo prima no? in cui ci sono dei grossi pregiudizi no? e delle grosse delle grosse stigma cosa che abbiamo visto anche. Abbiamo fatto recentemente l'anno scorso proprio in collaborazione con l'università un grosso studio sullo stigma verso le dipendenze da parte degli operatori sanitari del \*\*\*\* a cui hanno risposto 2000 pazienti e per esempio abbiamo visto questa cosa molto interessante che ti dico qui ma lo dico per te, abbiamo visto che se uno ha un problema se un tossicodipendente un alcolista ha un problema e va al pronto soccorso o va dal medico per esempio da un infermiere le cure che vengono offerte non sono molto diverse da quelle che vengono offerte a chi non ha il problema di droga o di alcol ma se io chiedo a queste persone “tu lavoreresti con queste persone? “qui la maggior parte tanti non la maggioranza ma tanti non dicono sì ma dicono no “con queste persone non lavorerei” ecco per esempio un grosso problema perché queste difficoltà ci sono anche tra gli operatori sanitari. Io ho seguito tantissimi medici tanti insomma medici infermieri educatori assistenti sociali che avevano problemi di sostanza e che però non erano assolutamente sostenuti nell'ambiente di vita e questo punto di vista c'è bisogno di una..di superare un po' lo stigma e il pregiudizio che ci sono verso questo tipo di pazienti verso i pazienti psichiatrici no? cosa che non c'è per un paziente che ha problemi di cuore che ha problemi di vene o che ha problemi di polmone no? Ma neanche verso i pazienti Covid c'è stato questo stigma qua nonostante no la gravità della situazione ma verso le persone con problemi di dipendenza e con problemi di salute mentale questa cosa c'è ancora quindi su questo c'è bisogno ancora di lavorare sia verso i pazienti che verso gli operatori eh? Colleghi hanno uno stigma anche verso gli operatori eh...” (int.08, M, medico ospedaliero)*

*“...Secondo me quello che cambia effettivamente i giochi è appunto oltre al rapporto fiduciario è regolare le modalità di accesso in ambulatorio per cui come dicevo per non andare a sottrarre del tempo alle persone che hanno delle reali necessità e dare appunto la caramellina alle persone che non ne hanno bisogno ci dovrebbe essere un filtro a maglie man mano più strette fino ad arrivare all'attenzione del medico per cui secondo me quello che farebbe la differenza in un setting della medicina parlo della medicina territoriale che è il mio ambito è un accesso che deve essere filtrato un po' come succede in pronto soccorso dando delle priorità al paziente, cioè chiaramente sempre non andando a tralasciare quelli che possono essere aspetti importanti per cui un triage deve essere fatto da personale sanitario, non può essere fatto da un personale laico ma tramite dei collaboratori in studio che possono essere infermieri professionali o comunque delle figure sanitarie deputate che possono andare a surrogare in certi modi quelli che possono essere i consigli che può dare un medico. Questo non per andare a svilire appunto il percorso di cura di una persona ma per andare a dare un valore aggiunto a persone che hanno reali necessità. Per quanto riguarda il setting ambulatoriale certo il rapporto fiduciario il rapporto di conoscenza con la persona e quindi l'ambito bio-psicosociale quindi conoscere bene l'ambito sanitario e sociale in cui è intercalata la persona e l'ambito psicologico quindi le dinamiche famigliari, cose che solo un medico di famiglia può conoscere perché quando si va dallo specialista il medico X nell'ambito ospedaliero comunque territoriale nelle cliniche private o convenzionate non c'è una visione d'insieme del paziente per cui spesso e volentieri il paziente non si sente ascoltato, quello che dovrebbe essere il percorso definitivo finale del paziente lascia un senso di insoddisfazione poi alla fine che viene a essere accolto poi da quello che è il medico di fiducia, mi spiega lo specialista le cose cosa che il medico territoriale non ha neanche il tempo di fare qui, il rapporto di conoscenza il rapporto fiduciario è qualcosa che non può prescindere quello che è il mondo moderno ecco di concepire anche la medicina, c'è spesso la botta e via la risposta fugace da applicazione non soddisfa minimamente il paziente che invece cerca quello che è il rapporto fiduciario qui. Ecco questa è forse la mia idea di setting col paziente...” (int.09, M, medico di medicina generale)*

*“...tutto quello che favorisce un po' la fiducia che da una parte c'è sicuramente la le competenze però io credo che negli ultimi anni sia andato più verso il tecnicismo e si sia un po' perso la parte umana e questo e di questo poi non ne hanno..cioè vantaggi non solo i pazienti ma anche i medici perché secondo me anche tante cause legali questa è la mia opinione ci possono avere una relazione di fiducia di comunicazione piena con il medico sarebbero anche...quando vedi effettivamente un paziente nel senso che il medico ha fatto tutto il possibile per aiutarti anche se fa un errore anche se le cose non vanno come te lo aspetti tu io credo che poi glielo perdoni senza andare legalmente invece se vedi che uno ti dice sì tutto bene e parole tecniche che poi tu non capisci è più facile che poi vai cioè se nessuno te la spiega quella cosa poteva accadere ma ti fanno leggere un'informativa che devi firmare prima è molto più facile che tu poi vada a fare cose legali insomma. Secondo me appunto il tempo e la comunicazione è importante cioè è fondamentale in ambito medico per entrambi sia per il medico che per il paziente. Ovvio che non*



*basta quella e ci vogliono anche le competenze però vanno di pari passo secondo me non c'è l'una senza l'altra quindi tutto ciò che favorisce questo secondo me è fondamentale quindi che favorisca sia la strumentazione l'ambiente ideale per poter veramente...ovvio che non deve essere una fattoria una stalla però nello stesso tempo tutto ciò che rende più accogliente che rende più umano la relazione secondo me è importante..." (int.10, F, medico ospedaliero)*

*"...la fiducia è fondamentale nel rapporto con il paziente e negli ultimi anni (ride)...con il problema della salute ci deve essere fiducia perché è il medico che ha la situazione in mano, altrimenti se no diventa solo una persona da consultare al bisogno come se aprissi la pagina di Google e oggi l'accesso al medico di base sta diventando questo: accedo con una serie di richieste mi fa la carta e me ne vado e se non mi soddisfi cerco un altro medico che mi soddisfi le mie richieste. Arrivano già con una diagnosi fatta però ti cercano perché gli servi per le prescrizioni. No non funziona così. Tu prima vieni da me mi dici qual è il problema ti visito e vediamo di cosa si può trattare. Se necessario facciamo degli accertamenti. Vengono qui per curare il sintomo e non la causa ma non funziona così.*

*I: ma secondo lei a cosa è dovuto il fatto di voler fare a tutti i costi delle visite specialistiche?*

*M: c'è da una parte la paura di aver qualcosa di grave e solo escludendo tutto con delle visite arrivano ad essere tranquilli, dall'altra il fatto che sicuramente non si fidano di quello che gli dici. Poi tanti sono abituati al modello di anni fa dove il medico di base mandava dallo specialista per ogni cosa ma invece si va quando serve..." (int.04, M, medico di medicina generale).*

Ad ognuno è stato inoltre chiesto, da un lato, se vi sia un setting ideale della cura, dove poter far crescere la relazione con i proprio pazienti e, dall'altro, di raccontare i cambiamenti avvenuti nel tempo, soprattutto con l'arrivo della Sars Covid-19. I cambiamenti maggiori li hanno notati a livello organizzativo, ad esempio a riguardo dell'accesso in ambulatorio su appuntamento. Alcuni di loro hanno ampliato l'organico avvalendosi della figura della segretaria, altri invece hanno visto un mutamento strutturale in quanto i reparti sono stati distinti in reparto Covid e non Covid.

Sia un medico ospedaliero che uno del territorio, hanno detto che vi sono diversi setting a seconda del paziente di cui ti prendi cura

*"...ne puoi scegliere diversi perché i setting hanno tutti dei vantaggi e dei svantaggi per esempio la riduzione dei gruppi. Noi abbiamo limitato tutte le attività ma la riduzione come dicevo prima rispetto alle visite può esser sì un impoverimento perché manca disinvolvura, mancano numeri ma possono essere anche un asciugamento essenziale, quindi prima era 20 persone che veniva a fare...boh...ci vediamo...e poi anziché 20 ne hai 8 che è il massimo che puoi tenere per 4 ore e poi non si mangia nemmeno, si deve tornare a casa, però si dicono cose molto più serie, molto più pulite, parlano di vissuti, possono parlare di vissuti con gli altri 7 che una volta si diluivano e adesso invece si concentrano ci sono limitazioni ma ci sono opportunità. Non so che cosa ne esiterà, sono curiosissimo di sapere se la tele...stiamo facendo adesso una bella discussione in tele e una volta non si faceva, adesso si fa sempre di più e questo sarà uno strumento che svelerà un'importanza. Io ho trovato in tutte le riunioni fatte con i colleghi durante in periodo covid non presenza ho trovato che molte cose diventavano più essenziali, ti perdevi di meno, eri coinvolto di meno dall'ipnosi sociale della situazione, stavi molto più attento alla sostanza che dicevi, quello che veniva detto. Questo potrebbe succedere per i pazienti. Ma del resto non è la forma ideale nemmeno quella perché il paziente, le persone hanno bisogno di vedersi in carne ed ossa, di fare delle cose in carne ed ossa non soltanto attraverso la traduzione di quello che riesce a combinare il digitale. E' un problema aperto per il futuro è uno sviluppo ancora non predicibile di cose che sono già successe che prenderanno tutte le forme ancora non descrivibili, ripeto, ancora in maniera esatta..." (int.01, M, medico ospedaliero)*

*"...io credo che dal punto di vista del medico...il lavoro che faccio io ogni medico sia abbastanza libero di crearsi il setting ideale di cura. E' uno dei vantaggi per cui ho scelto di fare questo lavoro perché secondo me diciamo che è fondamentale lavorare in un setting che sia piacevole per il medico per cui il*

*medico si senta bene, si senta a proprio agio e pertanto possa lavorare al pieno delle sue potenzialità, non lo so dal punto di vista pratico anche un ambulatorio spazioso, un ambulatorio luminoso un ambulatorio con una segretaria che risponde al telefono che gestisce certe richieste, un ambulatorio che abbia un angolino per una macchinetta del caffè per poter fare una pausa, un ambulatorio dove il medico all'occorrenza possa prendersi una pausa, quindi sì, anche la gestione dell'orario lavorativo, la possibilità che questo orario sia flessibile, la possibilità di dire gli orari in cui ricevere le telefonate e in cui no...almeno questo per me è il setting ideale...io posso dire che per me il mio sia il setting ideale però capisco che sia soggettivo che cambi da medico a medico, non so se ce ne sia uno universale...” (int.05, F, medico di medicina generale).*

Il setting ideale per due medici, sia ospedaliero che di medicina generale, dovrebbe tener conto del rapporto numerico tra medico e paziente

*“...il setting ideale diciamo che è quel posto quell'ospedale quel reparto dove di base c'è un adeguato numero un adeguato rapporto medici infermieri personale paziente cioè quello che oggi ecco diciamo che il covid ci ha oggettivamente messo in evidenza è che lavoriamo in tutta Italia dove più dove meno lavoriamo in situazioni di netto svantaggio diciamo nel numero nel rapporto che c'è diciamo fra i sanitari in generale. Personale che assiste pazienti e pazienti stessi quindi quello che oggi ci portiamo a casa è che dobbiamo considerare che il rapporto medico-paziente infermiere-paziente deve essere adeguato. Abbiamo lavorato in condizioni oggettivamente disumane cioè io ho lavorato in ospedale in reparto un medico per 18 pazienti gravi e questi 18 pazienti gravi avevano un medico e 2 infermieri cioè situazioni drammatiche e quindi il setting ideale qual è? il setting ideale è quello dove tu hai tempo da perdere da spendere con il singolo paziente. Tu non puoi essere trovarti in una situazione in cui devi sbrigarti perché sei diciamo sei in in..hai delle risorse insufficienti. Poi trovarti in situazioni in cui devi rinunciare a fare cose sui pazienti esami controlli quello che sia perché devi diciamo gestire delle risorse. Quindi il setting ideale qual è? il setting ideale è quello in cui tutti abbiamo tempo per prenderci cura dei pazienti. Non a caso le cose sono migliorate quando dopo la prima fase super drammatica diciamo c'è stato un po' un riassetto, si è riassetto la rete dell'emergenza e dei ricoveri e son stati è stato assunto personale e lì siamo andati un po' più in pareggio diciamo rispetto alle risorse. Abbiamo lavorato meglio io mi ricordo che abbiamo lavorato meglio anche in ospedale perché perché eravamo un numero più adeguato. Dove prima c'era un medico solo diventano 2 medici dove c'erano 2 infermieri diventano 4 capisce che...diciamo...il setting migliora e quello è il setting ideale oggettivamente...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

Altri invece riconducono la fiducia come elemento importante per un setting di cura, ma anche l'ambiente svolge una funzione importante nell'ambito della cura. Un ambiente accogliente, con dei comfort per i degenti e in cui la privacy sia tutelata, ma anche un luogo non solo fisico ma di ascolto, di attenzione, comunicazione, tempo, multidisciplinarietà

*“...ideale, io dico quello che era prima cioè perché per cura c'è un medico, per discorso che ti ho fatto 5 minuti fa e che ti sei fatto cioè che uno per star bene con sé stesso dovrebbe lavorare nelle condizioni adatte per poi prendersi cura degli altri no? invece in questo caso è stato purtroppo degradato il mio stesso ambiente di lavoro, cioè si chiacchiera molto di meno tra colleghi, si bevono molti di meno caffè, ognuno nel suo ufficio a fare la sua cosa. c'è molta meno convivialità tra colleghi ma anche con i miei amici. Vedo anche io stessa ho tagliato, involontariamente, ho tagliato molti ponti con le persone perché dopo tutto questo tempo uno sta solo con quelli veramente stretti e persone annesse un po' più...cioè che vedi e non vedi che comunque ci fai quella parola in più e tutto questo è stato tagliato no? c'è molta meno naturalità e quindi è molto più freddo è molto più calcolato schematico anche il mio stesso modo di lavoro, cioè oggi giorno piano piano in questi ultimi mesi sta lentamente tornando come prima ma io ti assicuro che un anno, tutto l'anno 2021, oltretutto c'erano un sacco di coprifuoco, io non avevo più nessun, nessun piacere neanche di andare a lavorare. Andavo a lavorare, stavo nel mio ufficio, chiudevo la porta e me ne tornavo*

*a casa, cioè aveva molto meno senso la cosa di prima e spero vivamente di ritrovarlo. Per me lavoro sì è lavoro ma anche tutto quello che è intorno è lavoro e che dà senso al lavoro...*” (int.03, F, medico di medicina generale)

*“...per esempio penso che l’aver la possibilità di avere del tempo per il paziente di stare in una stanza con meno persone possibili addirittura in una stanza singola quello sarebbe l’ideale anche se certi pazienti magari durante il ricovero si deprimono quindi magari avere un compagno di stanza con cui poter relazionarsi fare 2 parole etc. sia più...sì penso che l’ideale sarebbe quello di poter favorire il desiderio la predisposizione di ogni singolo malato di quello che preferisce star da solo in stanza o quello che preferisce stare con un’altra persona o più persone ecco cioè dal punto di vista di setting prettamente nella pratica ecco. Per esempio vedo, secondo me, l’ambiente come questo qua dell’ospedale di Montebelluna in cui le stanze sono al massimo di 2 persone è credo migliore dal punto di vista di setting rispetto per esempio a quello dell’ospedale di Padova dove ho fatto la specialità in cui le stanze erano anche da 4 persone a volte anche 5 quando si ficcava il letto in mezzo tra i due letti già presenti e si faceva addirittura il quinto posto letto e lì era veramente molto peggio rispetto a situazioni in cui ci sono al massimo 2 letti per stanza...”* (int.06, F, medico ospedaliero)

*“...Io un ambiente colorato rende la permanenza in ospedale più gradevole sia ai pazienti sia alle persone che ci lavorano. Io ho lavorato in posti osceni posti che per quanto ci fossero le tecnologie erano brutti brutti da vedere e questo era difficile rendeva più difficile rimanere tante ore in un posto con brutte storie con un brutto ambiente, invece avere già una finestra con un po’ di luce una piantina un disegno su un muro la TV in stanza, ci sono piccoli comfort che però rendono la degenza meno brutta per cui secondo me l’ambiente fa la sua parte cioè bisogna considerare anche il fatto di umanizzare l’ambiente non solo non solo con le persone ma anche proprio con un ambiente bello l’ambiente bello aiuta fa un altro ha un altro impatto proprio sia sul paziente che sul personale sanitario...”* (int.10, F, medico ospedaliero)

*“...sì intanto al di là di una buona visita visitare e dare più ascolto al paziente se non lo ascolti non puoi neanche capire fino in fondo cosa c’ha quindi dare più (audio si sente male) la visita è sacra va visitato in maniera corretta obiettiva senza ecco tralasciare nulla dal punto di vista professionale ma soprattutto ascoltare cosa ti racconta cosa c’ha per poterlo capire perché tante volte è così, ti limitano neanche a uno sguardo visivo a vedere gli esami. Mi è capitato neanche ti guardano in faccia guardano gli esami che porti così due o tre domande un esame obiettivo magari fatto così in maniera superficiale e delle conclusioni che tante volte...quindi più attenzione al paziente e più ascolto al paziente e un linguaggio ovviamente adeguato in base a chi ti trovi davanti no? non è che puoi fare discorsi al povero anziano che magari ha dei limiti, una buona comunicazione generale e poi penso che se hai quel tocco quella delicatezza quelle qualità di...perché la gente ha bisogno di essere...di vedere esempi di gentilezza, essere carini accorti gentili ti cambia ti apre il cuore cioè la persona ti si apre e ottieni il massimo quindi ecco la figura giusta è una figura che dovrebbe essere...lavorare molto quindi non ti basta il titolo la laurea la specializzazione, dovresti fare dei corsi, io ricordo la prima lezione di psichiatria che era fu proprio sulla comunic...sulla buona comunicazione relazione con il paziente e questa lezione fu fatta insieme ai seminaristi quindi futuri sacerdoti voi come loro per le anime quindi un lavoro tutto su la comunicazione e la buona relazione per ottenere il massimo...”* (int.11, F, medico ospedaliero)

*“...secondo me è un problema grande è proprio il tempo cioè avere il tempo per i pazienti. Ci può essere effettivamente quello che un minuto basta che non ha nessun problema è giovane e c’è invece chi ha bisogno di un’ora e io non lo so prima lo so là quindi viene data 10 minuti a persona può essere che cioè è probabile che insomma....quindi un po’ quello e poi.....e poi...sì...va beh idealmente secondo me se ci fosse un sistema un po’ territoriale efficace ma anche lì i medici sono pochi magari dallo specialista vanno soltanto chi effettivamente ha bisogno e anche là magari con un approccio diciamo empatico più rilassato il sistema territoriale dove ti lasci poi indirizzare ai vari specialisti che poi riescono meglio a concentrarsi solo su un...sul problema specifico. Questo va beh però diciamo che il mio caso è un po’ particolare però...inizialmente avevo fatto HIV non viene seguito dal punto di vista territoriale quindi la specialità ambulatoriale è anche il medico di famiglia nel senso che ha un medico però quando c’è non lo segue in realtà e quindi qualunque problematica che non è legata all’HIV che può essere un tumore può essere l’oculista può essere la pressione può essere la dieta dimagrante può essere il problema psicologico viene poi viene da te e quindi...sì...ci vuole un tempo anche per poter seguire un paziente in tutti i campi ecco e poi tu devi anche coordinare i vari specialisti nel senso che contattarli spiegarli caso per caso non tutti sono abituati cioè magari ha delle caratteristiche delle complicità diverse da una persona (audio si sente male) e quindi bisogna poi parlare molto con i colleghi ecco e quindi tutto questo richiede tempo. Poi il setting..sicuramente l’HIV però appunto ripeto parlo per quello che ho fatto deve essere un setting dove c’è privacy un ambiente particolare un setting multidisciplinare dove un po’ c’era da noi però va bhe si*

*può fare molto di più con degli specialisti insomma...c'era uno psicologo dedicato che c'era poco però può essere importante ma ci sta comunque...è un approccio un po'...di idealmente sarebbe bello avere cioè tanti specialisti un po' più a portata di mano ecco proprio per seguire bene il paziente poi appunto i tempi molto ampi e poi come ambiente cioè un ambiente tranquillo che disponga all'accoglienza poi magari a volte un po'asettico ecco forse troppo poi in realtà dipende da medico a medico...sì ho presente i miei colleghi che magari avendo il loro ambulatorio da anni lo hanno poi personalizzato che rende sicuramente secondo me molto più accogliente poi può essere che alcuni si trovino e altri no non tutti possono essere.... però secondo me ha qualcosa da dire anche con la comunicazione...tutto quello che favorisce un po' la fiducia che da una parte c'è sicuramente la la le competenze però io credo che negli ultimi anni sia andato più verso il tecnicismo e si sia un po' perso la parte umana e questo e di questo poi non ne hanno..cioè vantaggi non solo i pazienti ma anche i medici perché secondo me anche tante cause legali questa è la mia opinione ci possono avere una relazione di fiducia di comunicazione piena con il medico sarebbero anche...quando vedi effettivamente un paziente nel senso che il medico ha fatto tutto il possibile per aiutarti anche se fa un errore anche se le cose non vanno come te lo aspetti tu io credo che poi glielo perdoni senza andare legalmente invece se vedi che uno ti dice sì tutto bene e parole tecniche che poi tu non capisci è più facile che poi vai cioè se nessuno te la spiega quella cosa poteva accadere ma ti fanno leggere un'informativa che devi firmare prima è molto più facile che tu poi vada a fare cose legali insomma. Secondo me appunto il tempo e la comunicazione è importante cioè è fondamentale in ambito medico per entrambi sia per il medico che per il paziente. Ovvio che non basta quella e ci vogliono anche le competenze però vanno di pari passo secondo me non c'è l'una senza l'altra quindi tutto ciò che favorisce questo secondo me è fondamentale quindi che favorisca sia la strumentazione l'ambiente ideale per poter veramente...ovvio che non deve essere una fattoria una stalla però nello stesso tempo tutto ciò che rende più accogliente che rende più umano la relazione secondo me è importante..." (int.12, F, medico ospedaliero).*

Un medico di medicina generale narra che secondo la sua esperienza professionale, vi sono due tipi di setting:

*"...ci sono due principali ambienti di cura che sono sicuramente l'ambulatorio e il domicilio. Il domicilio è un luogo per pochi nel senso che non è che vai a domicilio di tutti ovviamente, vai a domicilio delle persone non trasportabili o delle persone che hannooooo...per esempio gli oncologici terminali o le persone che hanno delle impossibilità proprio ad essere trasportate in ambulatorio per esempio gli anziani ultra novantenni che non riescono più a camminare che sono fragili e per cui lo spostamento dal loro domicilio potrebbe essere pericoloso per loro ecco. Diciamo che il domicilio è un setting dove si crea una relazione particolare con il paziente nel senso che tutte le volte che vai a domicilio del paziente entri un po' nel suo vero mondo no? quindi lo conosci anche per altri aspetti, conosci la sua casa, vedi le relazioni famigliari, ti accorgi magari delle condizioni economiche del paziente o anche sanitarie o banalmente dell'attenzione alla pulizia delle possibilità che ha un paziente per esempio di di essere curato a casa oppure oppure no perché appunto non per tutti è semplice, ti accorgi dei caregiver di come sono quindi se ha degli assistenti delle figure che lo aiutano oppure figli parenti insomma. Quindi sicuramente a domicilio si crea una relazione particolare poi il paziente ti dice che ne so "dottoressa vuole prendere il caffè?" io non prendo quasi mai però insomma vedi che c'è e si crea un ambiente un po' più familiare anche per il paziente stesso e però ecco avviene per pochi per pochi pazienti. Già così sono tante le visite domiciliari e quindi devi concentrarle su pochi su quelli che hanno veramente la necessità. L'ambulatorio mmmm....è comunque un setting dove invece io mi sento a casa nel senso che in un certo senso è un posto che che mi sono...nel mio caso me lo sono arredata come mi piaceva mi sono messa i colori che mi piacevano il quadro che mi piaceva, nel senso ho cercato di creare un ambiente dove comunque io mi sentissi a casa prima di tutto e quindi lo è..è il mio ambiente familiare è dove io mi sento...mi sento più tranquilla nell'accogliere i pazienti perché comunque è l'ambiente dove dove...mmm...un po' la mia...il mio mondo come dire e il setting ideale secondo me ecco per quanto riguarda l'ambulatorio magari....ovvio pulito dove c'è privacy dove il paziente può in qualche modo sentirsi accolto di poter parlare liberamente eeeee....dove possibilmente appunto c'è personale che ti aiuta quindi nel mio caso la mia collaboratrice la mia segretaria che appunto è più di una segretaria nel senso che comunque è anche una persona che mi aiuta se ho bisogno anche banalmente nei miei sfoghi emotivi nel senso se ho bisogno ogni tanto di una valvola di sfogo oppure di una pausa o di un consiglio o ecco...sicuramente il personale è fondamentale secondo me avere qualcuno che comunque ti supporta e sarebbe fondamentale avere anche possibilmente un infermiere non sarebbe cosa da poco nel senso che sarebbe un grande aiuto per tante cose che potrebbe aiutare e questo principalmente ecco eeeee...principalmente questo..." (int.13, F, medico di medicina generale)*

Come detto precedentemente, anche il fattore “tempo” gioca un ruolo significativo all’interno della relazione. Si sente spesso la “retorica del tempo che manca”. Si tratta di una lamentela sulla mancanza di tempo che emerge sempre di più nel dialogo con l’antropologia medica e punta a giustificare le difficoltà di perseguire appieno le indicazioni operative che provengono dalla ricerca antropologica in ambito clinico-sanitario. Tale retorica, peraltro, include un altro genere di enunciati che ricorre nello spazio pubblico della salute: le lamentele sulla mancanza di risorse economiche. Mancanze che invece sono sempre l’esito di precise scelte di allocazione delle risorse disponibili, che vanno nella direzione di una mercificazione della salute e di un attacco ai diritti e al welfare. Le forme di vita della sanità oggi producono soprattutto esperienze dell’attesa, diverse percezioni e organizzazioni del tempo, retoriche e lamentele del “tempo che manca” o del “tempo che ci vorrebbe”. Un peculiare “tempo sanitario”, perduto o ritrovato, ridotto o esteso, sospeso o prolungato, mercificato, riscattato, trascorso o conquistato, fuori le mura o *intra moenia*, a seconda dei casi.

Tempo, setting, fiducia, etica sono elementi che vanno a costituire e a caratterizzare la relazione di cura che ogni medico intesse con i propri pazienti. Ai medici è stato chiesto come è cambiata la relazione di cura nel tempo e a tal proposito hanno rilevato un peggioramento, un venir meno della fiducia, i pazienti sono più diffidenti e maleducati. Il medico di medicina generale nota che questo fenomeno ha colpito maggiormente la fascia di età compresa tra i 45 e i 60 anni

*“...è cambiata tantissimo allora io lavoro da 5 anni e non ho questa grandissima esperienza però ho visto comunque un cambiamento enorme nel rapporto medico paziente soprattutto nel mio lavoro di medico di base siamo quelli che abbiamo più rapporto con i pazienti di solito è una relazione continuativa. prima del covid secondo me si fidavano di più, venivano presentavano il sintomo si aspettavano visita e poi eventuale terapia o prescrizione di accertamenti adesso purtroppo vengono molto spesso non dicono nemmeno che cosa hanno e ti dicono devo fare questo...e..... Non riusciamo a capire che cosa è stato di preciso però tutti abbiamo notato sempre più maleducazione sempre più necessità di avere tutto immediatamente..e....mmm...sì secondo me c’è stato un peggioramento in generale delle nostre condizioni lavorative sia nostre di medici di base ma anche come sento anche ospedalieri...sì non lo so se sia stato..mmm...se sia stata la pandemia in sé, nel senso la poca fiducia delle persone verso dei medici per la questione vaccini per esempio, o se sia stato perché le persone hanno avuto meno relazioni interpersonali. Non riusciamo a capire perché, però tutti abbiamo notato un peggioramento degli atteggiamenti nei comportamenti, però ti dico la verità ho mia mamma che è insegnante e anche lei mi dice, e lavora da molto più di me, che ha notato anche lei nei suoi alunni. È una cosa che secondo me è peggiorata in tanti ambiti.*

*I: Ho capito...in particolar modo c’è una fascia di età, tipo anziani o magari persone di un certo ceto sociale o giovani, in cui hai notato questo cambiamento oppure è una cosa diffusa, generale?*

*M: allora...è una cosa abbastanza diffusa però gli anziani sono quelli che hanno meno questo atteggiamento e che si sono mantenuti bene o male a come erano prima della pandemia sostanzialmente.*

*Secondo me la fascia che è un po' peggiorata di più è quella tra i diciamo i 40 e i 65 anni più o meno. Secondo me questa è un po' la fascia peggiore perché magari sono persone che cercano anche di informarsi ma non lo sanno fare perfettamente quindi trovano i canali sbagliati e anche questo crea tanti problemi nella relazione con i pazienti...*" (int.02, F, medico di medicina generale)

*"...sì a seconda di chi ti trovi devi agire di tattica come ho detto prima quindi la modalità la presa in carico la relazione di cura ti può cambiare sai? Perché se io mi trovo davanti persone diffidenti un po' paranoiche ovvio che sai non può essere con uno che è mite uno che è già propenso quindi non posso essere...cioè ci devo andare con delicatezza per entrare in sintonia, questo è la fiducia cioè tutto un lavoro che devo fare. Ideale sarebbe capire un po', avere questa capacità di capire chi hai davanti e agire di tattica quindi osservare un po' di più il non verbale..."* (int.11, F, medico ospedaliero).

In merito a questo peggioramento della relazione con i pazienti, i medici narrano anche di conflitti con gli stessi, sia in ambito ospedaliero che ambulatoriale. I conflitti sono dovuti a pregiudizi, verso il medico che deve essere assertivo un cameriere un lacchè, tempi di attesa per la visita, scarsa attenzione, fraintendimenti, pretenziosità da parte dei pazienti. L'inasprimento della relazione di cura è maggiore con l'arrivo del Covid tanto da rilevarne un aumento della conflittualità in seguito a ciò.

*"...capita spesso che arrivino col foglio tipo lista della spesa, mi serve l'impegnativa per la visita gastroenterologica, mi serve l'impegnativa per questo e allora io cerco di dire NO facciamo una cosa, torniamo indietro, prima mi dice il sintomo che ha e poi la visito e poi la valuto io se e cosa prescrivere. Però molto spesso siamo nei tempi dell'informazione a disposizione di tutti e quindi i pazienti a modo loro si informano e pensano di venire da noi appunto con la lista della spesa modalità supermercato che è una cosa che ci fa entrare spesso in conflitto con i pazienti.*

*I: c'è un paziente magari che ricordi in particolare con cui sei entrata in conflitto proprio per questa modalità del paziente che si è rivolto a te già con questa lista della spesa?*

*M: e' una cosa che capita spesso perché...è successo anche ieri, sono riuscita a mediare con questo signore, gli ho spiegato come dovrebbe funzionare e lei molto tranquillamente ha messo via il foglietto e mi ha spiegato i sintomi che aveva. In quel caso è andata molto bene. Se devo pensare a un'altra situazione in cui sono entrata in conflitto col paziente per questo motivo, è successo più o meno 2 settimane fa che è arrivata una paziente che probabilmente per qualche motivo era già prevenuta nei miei confronti o nei confronti dei medici di base in generale e non c'è stato modo di farle capire che io volevo sentire i sintomi poi decidere io che cosa prescrivere. Lei aveva deciso che cosa voleva prescritto e non c'è stato verso di farlo capire. Ovviamente io sono rimasta ferma sulla mia posizione e non ho prescritto quello che non ritenevo utile e lei si è arrabbiata. Non ci posso fare niente. Queste sono le basi della relazione medico-paziente, se ritiene cambierà medico e se ci dovessi entrare in conflitto di nuovo posso decidere anche io di chiudere la relazione ricusando la paziente*

*I: certo. Diciamo che a volte arrivano anche con i pregiudizi verso di te, in ambulatorio?*

*M: sì*

*I: pregiudizi dettati da cosa?*

*M: secondo me un grande problema in questi ultimi due anni sono stati anche i media perché in TV, alla radio, su Facebook si è parlato tantissimo dei medici di base, del fatto che si sentiva dire che non visitavano i pazienti, che erano introvabili, che non davano le terapie giuste, però se si va a guardare non visitavano i pazienti perché erano state create le unità speciali di continuità assistenziale per visitare i pazienti. Poi, comunque, anche io sono andata più volte a visitare pazienti covid. Erano introvabili però se trovi il telefono occupato tutto il giorno è perché il tuo medico sta al telefono tutto il giorno probabilmente (si sente male). Però sì è stato fatto secondo me un po' un linciaggio di noi, quando in realtà siamo stati una delle categorie che ne ha risentito di più del periodo covid, soprattutto io credo noi, urgentisti medici del pronto soccorso, la pneumologia e la terapia intensiva chiaramente. Però, no sì, non è stato riconosciuto il nostro sforzo. Noi siamo quelli che lavorano 3 ore al giorno, che prendono un sacco di soldi, che sono introvabili etc etc. e la realtà è diversa.*

*I: quindi vi hanno buttato addosso a voi tutto praticamente, vi hanno buttato la responsabilità della situazione...*

*M: questo ha contribuito molto a incattivire i pazienti e a renderli prevenuti nei nostri confronti, astiosi, pretenziosi. Sì secondo me la causa principale è stata questa...” (int.02, F, medico di medicina generale)*

*“...allora diciamo che i conflitti maggiori si creano secondo me quando il paziente percepisce che non c'è la dovuta attenzione da parte del medico che può essere per negligenza o magari anche per incompetenza però diciamo credo che tutti i conflitti partano da là. Molto spesso è anche semplicemente una questione di fraintendimento perché magari il paziente intende una cosa e il medico ne intende un'altra, però diciamo che dal mio punto di vista per quanto riguarda la medicina generale il fraintendimento non dovrebbe crearsi proprio per il tipo di relazione che c'è. Il medico di base conosce il proprio paziente conosce il carattere della persona che ha davanti conosce l'ambiente familiare le sue credenze il lavoro che fa quindi le incomprensioni i fraintendimenti è difficile che si vengano a creare. Poi i conflitti diciamo che sono sempre dietro l'angolo perché siamo tutti umani possiamo tutti sbagliare e quindi ognuno ha il proprio carattere, magari a volte sono delle parole dette che possono far male reciprocamente. Una parola che dice il paziente che io percepisco come maleducata o offensiva o viceversa e magari da lì parte il conflitto quindi....mmm....sì...diciamo che nel miglior mondo possibile il conflitto tra medico di base e paziente dovrebbe essere il minore possibile proprio perché c'è una relazione di conoscenza reciproca*

*I: certo. Ci sono state situazioni magari in cui hai sentito un'alta conflittualità o tensione tra te e il paziente?*

*M: oddio...mmm...la più alta conflittualità che ho avuto fino adesso è stata con un paziente che è entrato nel mio ambulatorio lamentandosi perché quella mattina ero in ritardo con gli appuntamenti e che non era possibile e che ogni volta che veniva ero sempre in ritardo. A me gli avverbi ogni sempre e mai mi mandano fuori di testa e quindi quando mi ha detto così quel giorno lì mi ricordo che l'ho proprio preso e gli ho detto “guardi allora qua non siamo al supermercato non che lei entra e prende 2 etti di formaggio e va via. Ogni persona ha bisogno del tempo che gli è necessario, alcuni hanno bisogno di 30 secondi altri di 30 minuti e quindi lei quando entra qui porta rispetto per tutti a partire da me e non si permetta mai più di rivolgersi in questi toni” quindi ho cercato di gestire la cosa con la maggiore diplomazia possibile e nonostante io sia una persona abbastanza focosa impetuosa però questo è stato fino adesso il rapporto più teso. Per il resto credo che sia molto caratteriale. Io ho un carattere che tende a evitare in tutti i modi il conflitto il diverbio quindi a volte sono più accondiscendente con persone che magari non se lo meritano ma per il bene di evitare un conflitto diciamo, quindi cerco in tutti i modi di accattivarmi la persona proprio perché credo che cercare di stabilire una relazione un rapporto di reciproca conoscenza e fiducia sia fondamentale...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...credo che molti conflitti al momento attuale sono dovuti alla mancanza di fiducia da parte dei pazienti perché appunto nel momento in cui il paziente non crede che stia facendo qualcosa di utile per lui e che invece vede appunto lo stare ricoverato in ospedale come una perdita di tempo per lui per il suo lavoro etc. questo secondo me è un, dalla mia breve esperienza, una delle fonti di screzio con il medico più frequente ecco. Proprio il pensare che quello che sta facendo lì non li sia utile*

*I: ti ricordi magari...c'è stato un paziente con cui ti ricordi magari di essere entrata in conflitto o in linea di massima questo*

*M: mmmm.beh sì ce ne sono c'è qualcuno soprattutto magari quelli che magari sono appunto relativamente giovani ma magari stanno peggio o magari hanno patologie gravi etc. piuttosto gravi in relazione alla loro giovane età che proprio per il fatto che essendo giovani avevano una vita piena nel senso come le persone diciamo sane come del tutto sane e appunto vedevano il loro stare ricoverate in ospedale come una cosa del tutto inutile per loro e quindi questa loro manifestazione di voler appunto interrompere il ricovero di capire da parte loro quanto invece fosse necessario non solo il fatto di essere ricoverati ma fare dei controlli periodici in ospedale per vedere se per esempio l'emoglobina era stabile oppure se stava scendendo ancora e se avevano bisogno ancora di trasfusioni per esempio appunto....mmm...è secondo me ....ci sono stati dei pazienti con cui appunto ho avuto qualche screzio proprio perché il dirgli “adesso sta ricoverato qua fino a domani o dopodomani perché devo fare un controllo dell'emoglobina vedere che sia stabile magari che non abbia bisogno di fare un'altra trasfusione ” è chiaro che fare una trasfusione era secondo me una cosa abbastanza significativa per un paziente che viene lì a fare una trasfusione di sangue invece lui non capiva quanto fosse appunto importante questa cosa e voleva andare a casa e dopo diceva “beh tanto torno, posso tornare da casa a fare il controllo” e invece no, se aveva bisogno di trasfusione succedeva anche qualcosa a casa...” (int.06, F, medico ospedaliero)*

*“...io di quelli me ne sono sempre curata poco nel senso che purtroppo c'è chi pretende e purtroppo pretende nel modo sbagliato nel senso che io faccio il mio lavoro e lo faccio con cura con dedizione con lo scrupolo che serve se una visita dura un quarto d'ora dura un quarto d'ora se dura 40 minuti vuol dire che serviva investirci 40 minuti però so che lo posso fare perché lavoro in un ospedale pubblico e mi rendo*

*conto che magari la stessa cosa in altri posti non si può fare. Il problema è l'utenza, l'utenza pretende e intende quello che vuole e pertanto in ambito ambulatoriale è complicato proprio perché magari pretendono di arrivare alle 8 e hanno appuntamento alle 8.15 entrare alle 8.15 uscire alle 8.35 e avere risolto il loro problema e invece a volte bisogna saper aspettare bisogna sapere che bisogna fare anche altri esami che le possibilità di malattia sono tante quindi fare anche una diagnosi accurata è un processo che può richiedere tempo e anche la terapia richiede tempo, non ci si ammala in un giorno ci si arriva con un percorso e non si guarisce in un giorno serve un percorso, quindi questo sicuramente è difficile da far capire alle persone. Poi per quanto riguarda i famigliari dei pazienti ricoverati e i pazienti ricoverati stessi ci sono persone che pensano che con l'arroganza ottengono di più. Non c'è niente di più sbagliato perché ottengono solo che mi danno fastidio ecco e la terapia è la stessa non è perché mi stai simpatico o antipatico faccio diverso, faccio la stessa terapia la stessa procedura magari solo che se mi innervosisci la faccio con più nervoso ecco con più fastidio però il trattamento è lo stesso ecco e cerco a volte purtroppo non mi riesce di essere sempre educata allo stesso modo perché se uno mi aggredisce verbalmente io magari una volta rispondo con educazione la seconda già con meno educazione e la terza rischia che lo mando a quel paese. Non mi interessa se i pazienti vanno all'URP che facciano le segnalazioni che devono fare in direzione medica, sarà la direzione medica a richiamarmi e se mi richiama dovrà anche tenere presente di quale è la risorsa umana che dispone e perché uno arriva a rispondere in un certo modo e perché risponde in un certo modo perché alla fine è bellissimo avere le strutture meravigliose ma servono le risorse umane che attualmente mancano ecco. Quindi io direi che non me ne frega niente di come si comportano o come non si comportano ecco (ride)..." (int.10, F, medico ospedaliero)*

*"...anzi dopo il Covid, già durante un po' di meno perché effettivamente erano selezionate le visite ovviamente venivano garantite solamente a pazienti gravi ma adesso che hanno ripreso l'utenza è diventata aggressiva, non so se sono ripercussioni a sua volta dell'isolamento non lo so io però la gente è un po' più aggressiva del solito quindi perde facilmente...vuole tutto e subito tende ad urlare ad alzare la voce quindi il sanitario subisce, ci sono veramente dei contesti si ha..anche dai telegiornali si sentono, al pronto soccorso poveri son martiri e pure si danno da fare e prendono quindi anche botte e quindi c'è l'utenza che sulle aggressioni da parte di...si fa poco quindi subiamo subiamo e come sfoghiamo? Il covid ha peggiorato..." (int.11, F, medico ospedaliero).*

L'aumento di conflittualità non è solo evidenziato nel rapporto con gli utenti ma anche in reparto tra colleghi per alcuni medici ospedalieri; conflitti dovuti allo stress e ai ritmi incalzanti:

*"...i litigi tra di noi medici tra medici, cioè io mi son presa quasi un pugno da un caposala perché ho usato un presidio del carrello delle urgenze e siccome c'era carenza lui avrebbe fatto fatica a ripristinarlo capito? E quindi il problema era che io medico dell'urgenza ho usato una cosa del carrello dell'urgenza una cosa più normale ma per lui non era normale... adesso ci sono anche perché ci sono ancora almeno nei medici dell'urgenza tra pronto soccorso e rianimazione siamo esauriti noi siamo esauriti come categoria perché purtroppo mentre altri medici tipo i chirurghi o altre categorie hanno lavorato cioè c'è poco da dire hanno lavorato di meno perché le sale operatorie sono state chiuse per il covid perché tutto lo spazio dell'ospedale è stato riadibito al Covid e quindi si ricoveravano quasi esclusivamente polmoniti covid la chirurgia in elezione era molto limitata e quindi loro effettivamente hanno lavorato di meno, non dico che fossero meno stressati perché operare magari con la tuta covid etc. ma io con la tuta covid ci stavo 12/13 ore al giorno per cui loro che magari ne facevano due non mi facevano tanto pena capito? erano solo due le ore invece per me erano giorni interi così ecco per cui siamo esauriti proprio fisicamente e psicologicamente e non c'è un aiuto perché adesso siamo pochi perché per favorire gli interventi arretrati hanno inventato questi progetti ad abbattimento lista e quindi bisogna macinare bisogna fare interventi bisogna lavorare e non c'è un momento in cui ci si ferma e si dice "ecco noi abbiamo già fatto tanto, basta adesso basta" no non si può perché siamo pochi..." (int.10, F, medico ospedaliero).*



Per entrare in modo più approfondito nella relazione di cura rispetto a quanto è emerso dai dialoghi, è stato chiesto ai medici narratori se vi è stata un'esperienza durante il periodo Covid in cui ha sentito di aver avuto una buona relazione di cura e uno in cui lo è stato meno. I medici fanno coincidere una buona relazione di cura con la guarigione del paziente oppure di una corretta diagnosi fatta. Tre medici di medicina generale raccontano nel particolare di una buona relazione di cura avuta con un paziente, mentre gli altri medici la narrano in generale riferendosi alla gestione della malattia da Covid

*“...mi viene in mente in periodo Covid la signora appunto che è stata la prima che io ho curato in casa per il Covid come ti raccontavo prima, proprio sotto Natale. Con lei c'è sempre stata un'ottima relazione, io sentivo che nonostante lei stessa aveva paura, si fidava di quello che le dicevo e quindi nonostante la lontananza, l'impossibilità di essere vista, lei era come se sentisse di avere dall'altro lato una persona, sentivo che si fidava e ci credeva...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...Le mascherine c'erano e non c'erano perché non c'era ancora l'obbligo di mettere la mascherina, poi alcuni dicevano addirittura che non servisse a nulla quella mascherina lì, perché il virus è troppo piccolo e passava attraverso le maglie della mascherina, e quindi mi ricordo uno che era venuto e aveva qualche sintomo che tossiva e io sono andata a prendere la mascherina, era in sala d'attesa, sono andata a cercare io, ho cambiato piano, sono andata a cercare una mascherina e gli ho detto “guardi, scusi, non è contro di lei ma mi permetto di darle la mascherina se lei è d'accordo entriamo insieme e facciamo la visita con la mascherina” questo non era convinto ma ha accettato, è venuto, abbiamo fatto e non avevo i guanti però mi sono disinfettata le mani, faccio....lì era tutto all'inizio no? avevo ancora un po' di mente lucida no? e poi gli ho detto “guardi non sono contro di lei ma sono obbligata a disinfettare perché c'è questa cosa qui di cui si parla etc. probabilmente non è il suo caso etc etc.” va beh gli ho fatto tutto quello che dovevo fare, l'ho visitato etc. e poi gli ho detto “guardi lo so che c'è una penuria di test però se ha la possibilità si vada a fare un test e si vada a fare un test perché non si sa mai” e poi questo qui appunto è andato a farsi il test qualche giorno dopo ed era positivo no? e poi addirittura gli avevo detto “stia attento ai suoi sintomi, guardi come tossisce etc etc” insomma gli ho spiegato e il test era positivo e poi mi ha scritto “guarda sono positivo adesso mi metto in isolamento, volevo ringraziarla perché insomma tutto quello che ha detto aveva ragione, è stata calma nello spiegare etc”. quindi questa parte soddisfatta...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

*“...una bella relazione è stata quella con una mia paziente che è infermiera che ha avuto un covid anche abbastanza impegnativo nel senso che era una paziente asmatica con qualche problema di base e ha avuto anche una polmonite bilaterale severa un versamento pericardico, però sono riuscita tenerla a casa trattandola a casa appunto e l'ho sentita anche due volte al giorno. È stato un Covid abbastanza prolungato perché credo che abbia avuto più o meno 15 giorni di positività però poi è venuta anche a ringraziarmi, è venuta a portarmi un regalo perché si è sentita presa in carico a 360 gradi appunto, non solo per la terapia ma proprio perché si sentiva che io mi preoccupavo per lei e cercavo di tirarla su e confortarla. E...una situazione invece in cui mi sono sentita molto in difficoltà, è stata quella con un paziente con cui ho avuto una relazione difficile un po' con tutta la famiglia. Sono allevatori di conigli abbastanza benestanti però non con una grande scolarizzazione secondo me e hanno la tendenza a porsi con il medico di base come se fosse un distributore di impegnative di quello che vogliono loro e...un componente della famiglia si è ammalato di Covid e avevano chiamato in segreteria, non mi ricordo più come era andata. Comunque lo avevo richiamato e loro avevano chiamato il 118, c'era stato un problema che c'è stata l'infermiera del 118 che ha avuto da ridire sia con me che contro di me con i parenti, per cui c'è stato un momento molto difficile anche con uno dei figli di questo signore e poi il figlio con cui ho avuto...mi ha detto le cose peggiori, non l'ho più voluto vedere, l'ho ricusato come paziente e non voglio più saperne nulla. Con il resto dei famigliari ci siamo chiariti e la relazione è andata avanti però vedo che è sempre una relazione un po' complessa, molto delicata...” (int.02, F, medico di medicina generale).*

Un medico ospedaliero non entra in modo approfondito nel racconto di un'esperienza in cui ha sentito di aver avuto una buona relazione di cura durante il periodo pandemico, ma ne delinea i contorni, le difficoltà dovute all'uso dei presidi medici e di come la comunicazione ha risentito di tutto ciò:

*“...di relazione di cura abbiamo cercato compatibilmente con i numeri con le difficoltà perché guarda era impossibile avere una buona comunicazione bardati in quel modo sai? Era più fisica che di parole sai? Loro avevano bisogno dell'abbraccio e tu avevi tutto l'impaccio tra mascherina visiera doppia mascherina considera che parlo degli anziani mezzi sordi neanche ti capiscono non vedono il labiale quindi difficoltà più per il contatto fisico l'abbraccio la stretta di mano per sostenerli che è una relazione ecco....questo è stato fondamentale avevano bisogno di essere soprattutto quelli un po' più coscienti lucidi di essere rassicurati che non erano soli ecco perché i famigliari non potevano e questo penso anche in ospedale e quindi c'eravamo solo noi però è stato più di fisico di tatto che di parole per via dei DP da utilizzare in area covid però ecco lì anche lì sempre un po' con tutti poi è normale che hanno lavorato anche altre figure con quelli un po' più sofferenti perché poi nei contesti casa di riposo ti prende tanto essendo noi responsabili di tutto e le due psicologhe che ho nella struttura ovviamente poi si sono concentrati loro nella relazione di cura, poi nelle cure mediche sono state garantite per cui sulla parte sanitaria insomma sono sempre state garantite ma siamo andati via perché avevano bisogno di altro più un supporto psicologico di certezza...” (int.11, F, medico ospedaliero).*

I medici raccontano di una relazione difficile avuta con un paziente e la causa scatenante di questa situazione ed è un racconto profondo, particolare. Vi è anche un medico del territorio che tiene il racconto su un piano più generale senza entrare nello specifico. Da queste narrazioni risulta che la difficoltà della relazione non è legata solamente al peggiorare della situazione clinica, poiché narrano anche di cure positive che hanno portato alla guarigione del paziente, ma la relazione è stata ugualmente difficile

*“...una situazione invece in cui mi sono sentita molto in difficoltà, è stata quella con un paziente con cui ho avuto una relazione difficile un po' con tutta la famiglia. Sono allevatori di conigli abbastanza benestanti però non con una grande scolarizzazione secondo me e hanno la tendenza a porsi con il medico di base come se fosse un distributore di impegnative di quello che vogliono loro e....un componente della famiglia si è ammalato di covid e avevano chiamato in segreteria, non mi ricordo più come era andata. Comunque lo avevo richiamato e loro avevano chiamato il 118, c'era stato un problema che c'è stata l'infermiera del 118 che ha avuto da ridire sia con me che contro di me con i parenti, per cui c'è stato un momento molto difficile anche con uno dei figli di questo signore e poi il figlio con cui ho avuto...mi ha detto le cose peggiori, non l'ho più voluto vedere, l'ho ricusato come paziente e non voglio più saperne nulla. Con il resto dei famigliari ci siamo chiariti e la relazione è andata avanti però vedo che è sempre una relazione un po' complessa, molto delicata...” (int.2, F, medico di medicina generale)*

*“...La parte insoddisfatta invece è stata con uno che praticamente ci siamo quasi insultati perché uno che è venuto con i sintomi, senza test e non voleva mettersi la mascherina e poi sai uno di quelli no-vax. Era partito già male, tipo non serve a niente le mascherine, i vaccini non servono a niente, intanto sto qua tossiva, tossiva e io arrabbiata, malissimo no? in più tutta la frustrazione del periodo no e quindi io mi sono messa 2 mascherine, l'ho toccato il meno possibile, c'è stato il minimo contatto, la minima comunicazione possibile e l'ho rispedito rispedito subito no? “lei non mi deve trattare così che mi sento un lebbroso” insomma alla fine molto probabilmente era positivo però ecco. Io non l'ho preso ma ho sudato freddo...” (int.3, F, medico di medicina generale)*

*“...Posso dire invece quelli in cui ho fatto più fatica...sì...quelli li ricordo di più. E allora quelli che ricordo di più...è stato...il massimo è stato....pazienti che appunto magari mi chiedevano a me perché*

aiutati...cioè pazienti....aiutati da me con qualche familiare però poi facevano un po' una cosa un po' un'altra nel senso era un po' difficile gestirli perché....mi ricordo in particolare la mamma di un amico in \*\*\*\* lontanicissima un po' ascoltava me un po' ascoltava il medico di famiglia e non si capiva più niente perché...non che abbiamo litigato però era un po' difficile insomma....sicuramente una situazione complicata ma non perché....più che altro perché così cioè non si riusciva a fare ecco un po' era quello il problema, anche perché poi io non è che potevo portarli qualcosa no? collaboravo con il medico o era difficile anche...se non c'era collaborazione tra noi seguire qualcuno....ecco....di quello mi ricordo....poi un altro caso che poi si è risolto subito, mi avevano sempre chiamato appunto quelli famigliari, non ero pagata e il paziente con una malattia neurologica mi aveva chiamato la moglie con 93 di saturazione e questo paziente diciamo la moglie poi gli ho detto che doveva farsi ricoverare perché era troppo grave la moglie non voleva poi in realtà ha chiamato un altro medico...lì sono stata abbastanza...ha chiamato un altro medico che poi glielo ha detto poi si è convinta, è durato poco però il quarto d'ora venti minuti è stato un po' frustrante ecco ero un po' preoccupata per quel signore insomma. Questi i pazienti che ricordo in particolare poi...mi ricordo che c'era, siccome io sono subentrata alla dottoressa che non c'era più poi quando sono entrata nell'ambulatorio HIV lei diceva che di solito vedeva i pazienti non ce ne era più uno perché erano tutti in reparto ecco insomma e quindi tanti magari facevano fatica perché comunque avevano una relazione di anni con un medico ed erano stati senza medico per un anno abbandonati un po' a loro stessi e quando torna la dottoressa che sono io non mi conoscono neanche per cui facevano anche un po' fatica a fidarsi però comprensibilmente li capivo, cioè non è che la cosa mi turbasse particolarmente però sicuramente...” (int.12, F, medico ospedaliero)

“...Invece diciamo nel mio lavoro diciamo nell'ambito dell'emergenza diciamo meno perché tra le altre cose questi pazienti erano tutti pazienti che necessitavano di terapie ventilatorie e noi come sistema di emergenza non possiamo non abbiamo e soprattutto c'era la problematica c'è stato un periodo abbastanza forte in cui c'era il famoso discorso che si ricorderà della carenza dei posti della terapia intensiva della carenza dei ventilatori quindi il problema che pure ci trovavamo di fronte a situazioni abbastanza brutte avevi come dire la remora cioè noi ci siamo detti anche con i colleghi “non intubiamo nessuno a casa perché c'è il rischio poi che quel paziente intubato arriva in pronto soccorso e non c'ha un posto per essere attaccato al ventilatore. Deve essere lasciato” c'è stata questa realtà ed effettivamente quello significa diminuire il livello di assistenza no? tant'è che ricordo insomma diciamo tutta l'epoca tutto il periodo covid che poi di pazienti ne son stati intubati tanti, io forse ne avrò intubato uno perché c'era proprio questo questa decisione se vogliamo e questo sicuramente significa ha significato non prendersi cura adeguatamente delle persone là dove necessitavano ma effettivamente la contingenza era tale per cui abbiamo deciso di far scegliere qualcun altro cioè i colleghi in ospedale che avevano di più la percezione delle proprie risorse. Poi chiaramente questo sempre nel limite di non pregiudicare in maniera rilevante la propria posizione. Lì però abbiamo proprio diciamo ridotto il livello di cura quindi ci siamo presi meno cura delle persone è successo in ospedale è successo a casa lì almeno in ospedale diciamo ci si confrontava con persone che ahimè diciamo sui quali ero consapevole diciamo gli sforzi non sarebbero serviti a nulla. Là abbiamo oggettivamente presi meno cura di qualcuno e più cura di qualcun altro. Son stati diciamo operate delle scelte perché le strutture non erano in grado di...anche il personale medicalmente professionalmente non si era in grado oggettivamente di sopperire a tutte le richieste che c'erano quindi si è fatto un po' diciamo come dire una gestione un po' di come dire da campo, cioè mi dedico a chi so che c'ha una qualche chance di sopravvivenza di guarigione e tralascio chi so che non c'ha speranza di sopravvivenza o sulle quali so che i miei sforzi possono molto poco e quindi li concentro su chi probabilmente ha queste chance. Lì è stato proprio una dicotomia tra il prendersi cura di qualcuno e di non prendersi cura di qualcun altro...” (int.7, M, medico ospedaliero)

“...nel periodo covid c'erano dei criteri molto selettivi per dire “sì lo facciamo valutare dagli anestesisti, si trasferisce in terapia intensiva etc.” ecco sì questo sicuramente questo paziente non sarebbe sicuramente stato ricoverato in terapia intensiva e c'è diciamo....mmmm...nel giro di un paio di giorni è proprio peggiorato in maniera significativa e diciamo sì....mmm....è morto durante il ricovero e mmmm....ed era un periodo in cui siccome era molto netta la divisione tra “viene trasferito in terapia intensiva sì e viene trasferito in terapia intensiva no” nel momento in cui era chiaro che non veniva trasferito in terapia intensiva si è subito deciso per un accompagnamento subito...cioè a volte non si arriva neanche a provare a mettere un flusso di ossigeno più alto etc. soprattutto quando era chiaro che il tracollo era così veloce si passava subito all'azione con i famigliari magari anche loro non potendo entrare in stanza dovevi tu spiegarli che così da un momento all'altro era tracollato e non c'era più speranza ecco...” (int.06, F, medico ospedaliero)

“...mentre invece nello stesso periodo ho avuto un altro paziente che ho sempre curato in casa, un paziente molto più giovane, una persona con la quale avevo avuto prima del Covid un....diciamo...non un conflitto

*però un rapporto un pochino teso perché lui insisteva perché io spostassi l'ambulatorio nella frazione da dove veniva lui, cosa che io non volevo fare ma non perché io avessi qualcosa contro la frazione ma semplicemente perché dal punto di vista logistico mi trovavo bene nell'ambulatorio in cui ero e non avevo intenzione di cambiare mentre lui insisteva insisteva e diciamo era venuta a crearsi questa situazione un pochino tesa. Quindi quando lui si è ammalato di Covid, nonostante alla fine io sia riuscita a guarirlo e tutti si sia risolto per il meglio, paradossalmente il rapporto con lui è stato molto diverso perché mi dava sempre l'idea di non fidarsi appieno forse proprio per la conflittualità che c'era stata in precedenza. Mi dava sempre l'idea di ascoltarmi ma non di fidarsi del tutto, come una persona che se potesse chiederebbe un secondo parere, quindi sempre molto scettico. Ovviamente tutto veniva fatto per telefono perché non c'era la possibilità di vedersi e questo rendeva ancora più difficile la relazione e nonostante tutto si sia risolto per il meglio, ho sempre percepito una difficoltà con questa persona, nonostante poi in realtà lui si sia molto meravigliato del fatto che sia riuscita a guarirlo, che sia guarito perfettamente. Lui poi si è confrontato con i suoi amici che gli hanno fatto presente che visti i parametri che aveva era molto grave e il fatto che durante la sua malattia io non gli abbia mai dato da intendere la gravità della situazione per lui è stato un elemento positivo e quindi è stato molto riconoscente nei miei confronti, più volte mi ha manifestato tutta la sua benevolenza la sua ammirazione, tutto quanto perché io l'avevo curato e non gli avevo detto quanto era grave e avevo continuato, gli davo coraggio e tutto quanto, alla fine lui era guarito e adesso pensa che io sia il miglior medico del mondo qua su e giù e però nonostante questo non so perché per me c'è sempre questa difficoltà di rapportarmi con questa persona, non riesco mai a essere, come dire, tranquilla come sono con altri, non so perché...” (int.05, F, medico di medicina generale).*

#### 4.3.5. Bisogni

Tra i bisogni annoverati dai medici narratori troviamo sia quelli di coloro che chiedono cura sia quelli di chi presta cura. Tra i primi spicca il bisogno di ascolto, l'essere ascoltati, il trovare risposta ai propri dubbi

*“...Mi pare che uno dei bisogni fondamentali sia quello di essere ascoltati sono persone molto sole moltooooo....che hanno scarse relazioni sociali, non sempre ma mediamente è così e quindi c'è bisogn devono trovare un interlocutore che sappia ascoltare, non tanto le loro le loro problemi fisici no? il loro malessere che c'è ma anche le loro problematiche relazionali psicologiche che nascono probabilmente da situazioni che vanno più in là nel tempo ecco anche infantile adolescenziale famigliari etc. questo credo che sia uno dei primi, secondo non per tutti perché molti non vogliono coinvolgere le famiglie c'è anche bisogno un altro un altro bisogno è quello che i famigliari non per colpevolizzarli che sia ben chiaro perché la responsabilità della famiglia c'è ma non è sempre determinante anzi qualche volta non centra niente ma i famigliari possono molto però se sono adeguatam se partecipano adeguatamente al percorso di trattamento possono aiutare molto come possono favorire molto la prosecuzione della dipendenza e però non sempre i famigliari vogliono partecipare a questo lavoro perché dicono “ah non abbiamo mica noi il problema” perché si sentono un po' in colpa no? ma non è quello il punto; il punto è che un corretto una corretta relazione col paziente col paziente diciamo può favorire un suo una sua riabilitazione o può allontanarla ecco quindi è anche molto importante e anche che sia tenuto in considerazione insomma. Anche con il Covid questo qui lo abbiamo visto perché quelli che erano soli hanno avuto delle situazioni emotive molto più gravi rispetto a quelli che avevano avuto un sostegno...” (int.08, M, medico ospedaliero).*

Oltre al bisogno di ascolto, più di un terzo dei medici individua anche il bisogno di star bene ed alcuni il bisogno di autorità

*“...Mi pare che uno dei bisogni fondamentali sia quello di essere ascoltati sono persone molto sole moltooooo....che hanno scarse relazioni sociali, non sempre ma mediamente è così e quindi c'è bisogno devono trovare un interlocutore che sappia ascoltare, non tanto le loro le loro problemi fisici no? il loro malessere che c'è ma anche le loro problematiche relazionali psicologiche che nascono probabilmente da situazioni che vanno più in là nel tempo ecco anche infantile adolescenziale famigliari etc. questo credo che sia uno dei primi, secondo non per tutti perché molti non vogliono coinvolgere le famiglie c'è anche bisogno un altro un altro bisogno è quello che i famigliari non per colpevolizzarli che sia ben chiaro perché la responsabilità della famiglia c'è ma non è sempre determinante anzi qualche volta non centra niente ma i famigliari possono molto però se sono adeguatam se partecipano adeguatamente al percorso di trattamento possono aiutare molto come possono favorire molto la prosecuzione della dipendenza e però non sempre i famigliari vogliono partecipare a questo lavoro perché dicono “ah non abbiamo mica noi il problema” perché si sentono un po' in colpa no? ma non è quello il punto; il punto è che un corretto una corretta relazione col paziente col paziente diciamo può favorire un suo una sua riabilitazione o può allontanarla ecco quindi è anche molto importante e anche che sia tenuto in considerazione insomma. Anche con il Covid questo qui lo abbiamo visto perché quelli che erano soli hanno avuto delle situazioni emotive molto più gravi rispetto a quelli che avevano avuto un sostegno...” (int.08, M, medico ospedaliero).*

Ed infine il bisogno di competenza, di professionalità, di umanità. Per quanto riguarda i bisogni di chi presta cura, non sembra emergere un bisogno preponderante sugli altri, ma ciascuno di loro ha individuato un bisogno specifico: star bene sia fisicamente che al lavoro lasciandosi scivolare addosso le situazioni, in qualche modo pensare più a sé stessi; sentirsi utile; avere un valore, un riconoscimento

*“...dello sforzo che hai fatto, del fatto che sono qui, ho speso un tot di tempo a informarmi sul tipo di patologia, ho speso un tot di tempo a farti la prescrizione, a spiegarti quindi il fatto che la persona ti dica “ok, grazie” ...perché anche lì è un'altra cosa: tanti dicono “non mi ha fatto niente” però una cosa che uno non considera è l'idea, il pensiero, la diagnosi oppure la risposta, il tempo che uno si mette lì ad ascoltarti e risponderti...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

avere una buona relazione con la persona che chiede cura; aver più tempo da poter dedicare ai pazienti e da quest'ultimi avere una maggiore comprensione rispetto al fatto che le cure possono fallire;

*“...Le necessità di chi cura sono diciamo probabilmente quelle di avere più tempo a disposizione per i propri pazienti quindi diciamo avere maggiori risorse e personalmente una necessità diciamo che rilevo quotidianamente è quella che vorrei ma mi rendo conto che sarà impossibile che venga come dire esaudita una delle mie necessità è quella che le persone diciamo i pazienti diciamo capiscano quello che oggi la medicina moderna ci ha fatto dimenticare e che è diciamo la fallibilità delle cure ma soprattutto la fallibilità delle vita umana nel senso che oggi purtroppo un problema di chi cura di noi medici è quello di avere a che fare con le persone con persone che non accettano la malattia non accettano la morte. Questo personalmente è un problema molto grosso perché mi trovo quotidianamente quotidianamente a cercare di spiegare ma poi tanto mi rendo conto che non vengo capito, a cercare di spiegare che il famigliare il papà il nonno di 98 anni di 100 anni ha diritto di morire ha diritto secondo me di morire nella propria abitazione nel proprio letto ma a prescindere da questo, non riesco a spiegare che è cura anche quello che è cura anche rinunciare alle cure a delle cure che non sono benefiche perché se le cure fossero benefiche tutto sommato va bene non c'è un limite...non è che non si cura uno di 90 anni perché è vecchio no! però ci sono delle condizioni che ovviamente proprio non hanno senso no? e per noi che curiamo oggi almeno personalmente lo vivo come un problema molto grosso molto grosso. Cioè la medicina moderna fa credere alle persone di essere diventate immortali che non si muoia più e per noi per me che curo le persone mi prendo cura delle persone oggettivamente è una grossissima frustrazione. Nel mio lavoro avessi cioè incontrassi persone che sono consapevoli del limite umano della vita che la vita finisce ad un certo punto, il mio lavoro sarebbe enormemente più facile. Questo è un grosso problema oggettivamente e come il mio*

*e come quello dei miei colleghi ovviamente poi il problema oggi oggi è su tutto e questo secondo me mette di fronte a un problema grosso che non riusciamo a risolvere...” (int.07, M, medico ospedaliero).*

Oppure il bisogno di confronto, il potersi parlare tra operatori, di essere formati; di riappropriarsi della professione e della figura del medico

*“...forse un’appropriatezza ecco di quello che è il proprio compito. Spesso e volentieri questi disturbi disagi che soffre il professionista della sanità è appunto il fatto di essere scambiato per un call center un’applicazione cioè una dignità ecco che purtroppo si è persa nel tempo. Quello che non riesco a spiegarmi è perché si abbia una sorte di riappropriatezza di raggiungere un ingegnere un avvocato un notaio e invece si abbia la cioè si ignori che anche un medico abbia la sua privacy abbia le sue ore di riposo. Spesso e volentieri si confonde quello che è il medico con un’applicazione telefonica, secondo me è quello, avere una dignità per quello che è il proprio lavoro e non essere considerati come un’applicazione telefonica ecco sarebbe il massimo...” (int.09, M, medico di medicina generale);*

E ancora di dare libero sfogo allo stress con l’aiuto di persone preparate; avere degli orari di lavoro “più umani”; non sentirsi soli ma potersi affidare a qualche collega; anche il bisogno di comprensione soprattutto in questo periodo storico

*“...sicuramente bisogno di comprensione in questo periodo storico nel senso che una delle cose che ti frustra di più almeno frustra di più o che trovo più frustrante dal punto di vista medico è quando il paziente dà per scontato che...solo lui ha bisogno e tu invece sei solo colui che presta che dovrebbe prestare delle cure quando invece anche noi appunto persone che curano tra virgolette abbiamo bisogno a nostra volta di avere un riscontro di avere un feedback da parte del paziente cioè il rapporto di cura non è solo unilaterale cioè non è solo il medico che cura il paziente. Io ho visto in questo in questo anno e mezzo che i rapporti meglio riusciti con i pazienti e anche i rapporti di cura meglio riusciti sono stati quelli in cui pur pur magari nella divergenza anche di idee perché a volte si possono avere delle divergenze di idee nei confronti dei propri assistiti o loro nei tuoi confronti ma in cui c’è stato uno scambio in cui c’è stato uno scambio in cui entrambi ci siamo sentiti e riconosciuti per il nostro valore. Quindi ho visto che le relazioni che hanno funzionato di più sono state quelle in cui magari io ho riconosciuto il paziente nei suoi valori nel suo modo di pensare nella sua unicità ma che anche lui poi mi ha restituito questo cioè mi ha detto “dottoressa non la penso come lei perché che ne so questo farmaco non lo voglio prendere” però magari mi diceva “grazie perché lei mi ha spiegato per la prima volta mi ha spiegato bene a cosa serve o perché lo dovrei prendere” oppure “guardi non sono tanto convinto di di fare questa visita però ci penso perché comunque perché grazie dottoressa lei è stata...” che ne so adesso sparo a caso “lei è stata paziente perché mi ha dedicato del tempo per spiegarmi o per capire” insomma vedo che la relazione che funziona e che cura è quella in cui entrambi si sentono gratificati da quella relazione cioè non può essere univoca non può essere...ovvio che nel momento in cui il paziente è fragile è lui che ha più bisogno e quindi il medico è colui che deve prestare la propria attenzione al paziente però ho proprio visto che le relazioni e i rapporti di cura meglio riusciti sono stati quelli in cui anche il paziente ha comunque in qualche modo ha restituito affetto in qualche modo cioè benevolenza al medico. Quando invece ci sono quelle situazioni in cui il paziente si presenta pretenzioso oppure pretende subito una cosa e magari la chiede in modo in modo arrogante o magari la chiede in modo mmm....diciamo....mmmm...poco gentile o magari essendo pungente perché magari ti dice “e ho chiesto l’impegnativa due giorni fa via mail e ancora non è arrivata una risposta cosa ci vuole per un’impegnativa?” per dire ovvio che questo non aiuta il rapporto nel senso che ovvio che io come medico cercherò di fare il bene per quel paziente al di là di come lui si rapporta con me però è inevitabile che...che comunque il feedback che lui mi dà a volte crea ti crea frustrazione nel senso che...ecco la cosa più importante credo che sia il rispetto e la gentilezza la gentilezza e non è direttamente proporzionale alla sofferenza nel senso che ci sono persone molto sofferenti con storie di patologie gravi e con storie di patologie che veramente dici “mamma mia questa persona ha...e...piove sul bagnato, ne ha viste tante, ne capita una dopo l’altra” e ci sono persone che nonostante la grande sofferenza e le grandi difficoltà mantiene comunque un senso di rispetto e di gentilezza che ti dà tantissimo che ti dà tantissimo; chi invece magari sta benissimo (ride) ha solo bisogno di un’impegnativa e magari solo perché gli arriva un giorno dopo rispetto a quando si aspetta si permette veramente a volte di essere pungente o la frecciatina*

*o arrogante e allora lì ti dispiace nel senso che proprio la frustrazione del tutto e subito del tutto è dovuto ecco questo inficia un po'..." (int.13, F, medico di medicina generale).*

Ed infine, viene indicata la necessità di soddisfare i bisogni dei propri pazienti. Durante il periodo Covid tutti i medici con cui ho dialogato, eccetto due medici ospedalieri, hanno riportato di aver sentito il bisogno di ricevere cura. Due medici ospedalieri hanno vissuto questo periodo storico come un periodo più intenso dal punto di vista lavorativo ma come può accadere sempre in tale ambito in cui vi possono essere dei picchi di lavoro. Un altro medico ospedaliero, invece, ha raccontato di aver avuto bisogno di cura, sanitaria, perché aveva contratto il virus da Sars Covid-19 e per un altro problema fisico che gli si era presentato. Tutti gli altri dieci medici hanno avuto bisogno di cure ma non fisiche, solo di sostegno e di aiuto per elaborare ciò che stava accadendo e per tutto ciò che stavano provando a livello emozionale. Per alcuni di loro, tale bisogno di aiuto ha trovato soddisfacimento negli affetti, in ambito familiare od extrafamiliare come i compagni, i genitori, gli amici poiché non avevano tempo da potersi dedicare per poter soddisfare questa loro forte necessità

*"...Non l'ho fatto perché non ne avrei avuto il tempo, nei periodi peggiori perché farmi l'ambulatorio 10 ore al giorno da quando tornavo non vedevo l'ora di fare altro ma ne avrei avuto tanto tanto bisogno in alcuni periodi perché è stato da morire. Davvero. Soprattutto i primi mesi dell'anno scorso sono stati i peggiori perché si prima e seconda ondata magari...eravamo un po' più...conoscevamo un po' meno la malattia etc. l'anno scorso gennaio e febbraio sono stati terribili e avrei avuto tanto bisogno ma non ho avuto il tempo e il modo di cercare aiuto e quindi mi rifugiavo negli affetti, nella famiglia, nel mio compagno con cui convivo e basta. Poi gradualmente ne sono venuta fuori però sono stati davvero dei mesi molto difficili per tutti: tanti hanno mollato, tanti hanno cambiato lavoro perché è stata proprio dura..." (int.02, F, medico di medicina generale)*

Gli altri medici narratori si sono rivolti ad un professionista

*"...Cioè ti ho detto che la maggiore attività che facevo era quella di volontariato di fare i test e poi appunto se proprio mi capitava quello con i sintomi me lo gestivo però non è che ero attivamente in pronto soccorso in area covid no? però comunque visto che tutto quello che facevo era sulla base di volontariato ad un certo punto perché di solito fai il programma settimanale o mensile e lasci che si riempiano...cioè ognuno mette la sua disponibilità e così via fino a quando la settimana è finita e così via. Ad un certo punto io vedevo e aspettavo aspettavo vedevo che le caselle si riempivano anche senza di me, ad un certo punto non mi sono più proposta. Cioè è questa angoscia, questa ansia che saliva sempre di più fino a quando...no basta...poi appunto anche il fatto di essere in lockdown di poter uscire poco, però tu in quanto medico puoi uscire ma solo per fare certe cose. Anche lì hai paura di toccare tutto, non c'è nessuno per strada, ad un certo punto hai paura che ci siano le telecamere che ti guardano....cioè sì io sono stata...però sul subito non me ne sono resa conto. Me ne sono resa conto verso la fine, la fine del primo lockdown quando avevamo fatto, quando era ora di riprendere in presenza e mi ricordo che avevamo fatto una riunione e io, una riunione tra medici colleghi, e io facevo un sacco di domande "ma per visitare abbiamo la cuffietta per i capelli?" quando non eravamo in area covid e "abbiamo il sovrascarpe? Abbiamo questo abbiamo quello?" e ad un certo punto dopo questa riunione un mio collega che è anche mio amico, mi ha chiamato e mi ha detto tranquillamente in una frase che ho accettato solo da lui perché mi conosce perché abbiamo un po' più di rapporto rispetto a dei colleghi standard "guarda \*\*\*\*io ho sentito che eri angosciata per*

tutte le domande. Guarda che quelle domande sono giuste ma alcune sono un po' esagerate. Ma sei sicura che va tutto bene? Ma guarda che se non te la senti non venire subito. Ci mettiamo d'accordo, magari faccio io i tuoi pazienti per un periodo" e quando mi ha detto così mi ha aperto gli occhi perché non avrei mai ammesso di essere in angoscia, cioè proprio chiaro e tondo. Infatti, in quel periodo lì proprio dopo che mi ha chiamato gli ho detto...in seguito alla sua chiamata, il giorno stesso appunto ho cercato una psicologa. Mi sono fatta seguire per quei mesi lì e le ho detto "guarda c'ho molta angoscia. Non so a casa sia dovuta" la cosa che per me mi metteva più in crisi era che io da medico avessi paura di prendermi la malattia insomma. Soprattutto io da medico perdessi questa freddezza, questo sangue freddo che ho sempre avuto per tutti gli anni precedenti e in più un'altra cosa, il giuramento di Ippocrate no? che il giuramento di Ippocrate dice che in casi di pandemia devi essere in prima linea, in caso di pandemia io avevo paura e quindi questa cosa qui mi ha messo in crisi anche se una mia amica stessa mi ha detto "ma Ippocrate quanti anni fa era, dai?" allora un po' alla fine ho relativizzato, anche i miei colleghi stessi mi hanno detto "togliti i sensi di colpa"... " (int.3, F, medico di medicina generale)

"...cioè sì, più che altro cure nel senso che quando tornavo a casa e....cioè....non avevo sia da parte del mio compagno sia da parte dei miei genitori nessuno che mi chiedeva di fare cose in più esclusivamente rispetto a quello che facevo già al lavoro e quindi il fatto sì la cura per me è stata quella di avere supporto sia da parte del mio compagno a casa sia da parte dei miei famigliari che in qualche modo diciamo tutto quello che...farmi trovare il piatto di pasta pronto alla sera questa per me era già cura..." (int.06, F, medico ospedaliero)

"...di qualche momento cura specialmente di sostegno reciproco o psicologico no? proprio per la pesantezza che veniva dall'esterno all'interno e per il fatto che noi eravamo insomma eravamo lì dalla mattina alla sera sostanzialmente. Però devo dire che la necessità c'è stata abbastanza frequentemente specialmente nei periodi in cui c'è stato il lockdown no? totale all'esterno però devo dire che noi proprio per proteggerci abbiamo messo in atto una strategia di aiuto interno basato sulla sulla sulla sostegno dell'equipe una specie di auto-aiuto attraverso l'equipe che facevamo e che fanno non so adesso hanno spostato giù che era il martedì ogni settimana quindi c'era un momento in cui ci si scambiava i punti di vista su quello che stava succedendo e anche sui pazienti etc.cosa che facevamo già normalmente perché anche prima veniva fatta la riunione di equipe 2 riunioni a settimana una sui casi e una organizzativa quindi le riunioni sono continuate ma specialmente quella sui casi è diventata anche una riunione di auto-aiuto tra l'equipe oltre che di discussione sui casi oltre che in quel periodo io avevo avuto anche un incarico dalla regione veneto di organizzare la formazione per tutti gli operatori del pubblico e del privato quindi per gli oltre 1000 operatori del \*\*\*\*e quindi l'abbiamo organizzata sia il primo che il secondo anno abbiamo fatto tutto online e quindi siamo riuscite anche a mettere in atto una formazione molto intensa sono stati sono stati oltre 50 eventi 50 incontri per tutto il \*\*\*\*che c'ha permesso per come dire di spostare l'attenzione da dalla attività quotidiana no? dalla problematica quotidiana a formazione coinvolgendo con un rapporto con tutti i colleghi del Veneto e questo c'ha aiutato secondo me. Cosa che non l'hanno fatto tutti eh la psichiatria, ad esempio, non lo ha fatto almeno nei termini in cui l'abbiamo fatto noi in termini intensivi intendo..." (int.08, M, medico ospedaliero)

"...come le dicevo ho lavorato in un penitenziario nel periodo più nero del Covid. Diciamo che io sono uscito da questo mondo della sanità penitenziaria non perché non mi piacesse anzi ero molto interessante come mondo ma perché mi trovavo a come dire in un mondo dove la salute della persona veniva comunque portata in secondo piano cioè lavorando in un carcere spesso e volentieri il paziente non veniva visto come paziente con la dignità del paziente che sta all'esterno, veniva sempre visto come un detenuto per cui spesso e volentieri mi trovavo a dover remare contro un sistema e questo mi creava un gran frustrazione e sinceramente poi va beh ho subito tutta una serie di altre problematiche nel senso che ho avuto dei pazienti che si sono suicidati per cui sono andato anche in mezzo a tutta una serie di accertamenti chiaramente legali dietro a quello che era i suicidi di questi pazienti e questo mi ha causato uno stress incredibile e ho notato come ci fosse al di fuori del mondo penitenziario una grandissima attenzione nei confronti degli operatori sanitari vittime di stress da covid diciamo e invece all'interno di una struttura come il carcere che è una struttura di per sé stressante perché ti trovi ad aver a che fare con persone incredibili da tutti i punti di vista e situazioni di tensione di stress che non sono normali perché è come fare il medico in guerra essenzialmente perché vedi delle situazioni orrende, non c'è mai stato un'attenzione ecco sulla sanità mentale dei professionisti della sanità, siamo lasciati totalmente allo sbando per cui anche per una questione di tempo per una questione di stigma sociale nel senso che io me ne rendo benissimo conto che sono sanitario e mi rendo benissimo conto che la salute mentale ha una sua dignità e anzi nel senso che bisogna curarla non ci sono dei segni dell'avvisaglia un'incrinazione ecco della salute mentale però spesso e volentieri viene postposta messa in secondo piano "ce la faccio da solo, alla fine è un periodo, passerà" e quant'altro quindi c'è stata anche da parte mia una procrastinazione di quello che è stato un problema



*che subito in quei giorni là insomma di stress di ansia di anche di sconforto forse ha sfiorato anche per certi momenti la depressione insomma avevo bisogno di un aiuto che però sono riuscito a procrastinare forse andando a ritardare quello che è stato un percorso di elaborazione di quello che mi era successo però tutte cose di cui sono consapevole ecco, nel senso che l'ho fatto con la consapevolezza perché purtroppo non avendo a disposizione un granchè di tempo ho purtroppo postposto quello che è la salute rispetto a quello che è stato il mio percorso di lavoro ecco per non andare a sottrarre tempo a quello che era il mio percorso di lavoro però ecco quello è stato un momento ecco che avrei avuto bisogno di cure ma non sono stato abbastanza bravo tra virgolette a ricercarle ecco, mi sono lasciato un po' trascurare mi sono trascurato un po' però dopo questa cosa fortunatamente mi ha convinto a mollare il lavoro nel senso che vedevo che stavo su una zattera con una falla e cercavo di svuotare con un cucchiaino da the dall'acqua per cui mi sentivo proprio inutile mi sentivo inutile e questa cosa qua poi ci ho ragionato con un collega ho fatto un po' come dire di briefing riguardo a quelle che erano le nostre esperienze e abbiamo deciso tutti e due di mollare quel tipo di lavoro perché ci stava intossicando tra virgolette per cui è stata una quasi terapia di gruppo che abbiamo fatto io e questa collega che anche lei aveva dei problemi simili per cui ecco quello è stato uno dei momenti..." (int.09, M, medico di medicina generale)*

*"...non qualsiasi tipo ma avrei voluto che ci fosse la possibilità per tutto il personale sanitario di elaborare quello che stava succedendo perché tutti quei morti tutta quella gente che urlava contro, ma poi tipo anche i litigi tra di noi medici tra medici, cioè io mi son presa quasi un pugno da un caposala perché ho usato un presidio del carrello delle urgenze e siccome c'era carenza lui avrebbe fatto fatica a ripristinarlo capito? E quindi il problema era che io medico dell'urgenza ho usato una cosa del carrello dell'urgenza una cosa più normale ma per lui non era normale. Quindi eravamo al paradosso più assoluto cioè non...a volte il paziente passava in secondo piano per la follia che c'era anche tra di noi perché tutti pretendevano che noi prendevamo pazienti ma non c'erano più posti cioè dovevano iniziare a fare cose di più nei reparti. Difatti poi piano piano hanno iniziato a fare almeno alcuni tipi di ventilazione non invasiva nei reparti però all'inizio era un litigio continuo perché mancavano i posti mancavano le risorse mancava tutto mancava tutto cioè ci si litigava per l'ultima mascherina figurarsi per il paziente capito? Quindi non c'era solo...io avrei voluto che ci fosse qualcosa che ci facesse elaborare tutto questo perché è stato difficile è stato difficile difatti io a fine dopo un anno e mezzo ho cambiato ospedale. L'ho cambiato per motivi personali però sono contenta di non essere dove ero nel periodo della pandemia dove era grave ecco..." (int.10, F, medico ospedaliero)*

*"...no non ho mai fatto uso di ansiolitici e so che, lo dico perché so che diversi medici ne hanno fatto uso...anche persone che non hanno mai avuto si sono confidati e mi hanno detto "guarda io in tutta la mia vita non ho anche colleghi anziani non ho mai sofferto di ansia di depressione e sono sull'orlo di avere una depressione e sto prendendo ansiolitici che non ho mai preso in vita mia" ed è arrivato a prendere anche antidepressivi...no a quello non sono mai arrivata e neanche cose naturali cioè non ho sentito il bisogno di prendere cose naturali di gocce o altri preparati no....mmm...però diciamo che in quel periodo dal 2020 andavo da una terapeuta una volta al mese così non...per altre cose proprio perché ho dovuto decidere dove aprire l'ambulatorio ero molto indecisa che doveva essere qui a \*\*\*\* il mio paese di origine o se aprirlo da un'altra parte un'altra un'altra occasione diciamo dove poter...e lì sono andata proprio in tilt nel senso che ho avuto....da un lato desideravo venire qui per la comodità perché era l'occasione per essere vicino a casa e anche perché mi piaceva la collega con cui avrei lavorato poi c'era l'idea di fare gruppo di fare qualcosa che unisce tutti così e poi per la comodità a casa famiglia bambini tutto quanto, dall'altro ero molto titubante di venire al mio paese un po' per il pregiudizio tutte le persone magari che dicevano che non si trovavano bene che venivano da me che la gente parla la gente mormora ti criticano è brava non è brava e quindi ero un po' colpita da questo poi le mamme che conosco perché abbiamo i bambini all'asilo e inizieranno....ero un po' con questa cosa e quindi ecco in quel momento per fare questa scelta mi sono decisa di fare un colloquio e poi finalmente mi ha aiutato anche per la scelta per fare una scelta tranquilla e non c'ho più rimuginato sopra diciamo però poi quando c'è stato il periodo Covid all'inizio mi è capitato di aver avuto bisogno di questo aiuto qua..." (int.13, F, medico di medicina generale).*

Sempre nell'ambito della sfera dei bisogni, ho chiesto loro se vi fosse stato un momento in cui avevano sentito di aver soddisfatto pienamente il bisogno di cura rispetto ai loro pazienti e una situazione in cui sentivano di averlo soddisfatto solo parzialmente.

Il soddisfacimento del bisogno di cura avviene, per i medici, qualora vi sia il successo terapeutico. Qualcuno racconta di un'esperienza avuta con un paziente in cui il cambio di terapia o del percorso terapeutico ha avuto dei risvolti positivi e in quel momento hanno sentito di aver soddisfatto il bisogno di cura:

*"...dava l'idea di essere ormai dementita, io ho ricevuto questo carico, questo carico di già definito così. Ho ricevuto questo carico di darmi da fare per una valutazione terapeutica ultima depressiva e una certificazione per un inserimento in casa di riposo di una signora, di questa signora qui ...tutto pronto con brontolamenti vari perché la casa di riposo non era così facile da ottenere e alla fine mi dico OH OH si è tutto pronto ma c'è qualcosa che non mi convince cioè? C'è qualcosa in te \*\*\*\*che non ti convince? Potrebbe essere una simil demenza, beh per farla corta era così e lì abbiamo bloccato l'ingresso in casa di riposo di questa signora che si chiama \*\*\*\* anzi adesso non c'è più è morta vecchissima e abbiamo rimandato \*\*\*\* non più in casa di riposo ma a ricongiungersi dall'altra parte del nord Italia con suo figlio handicappato, aveva un problema di....che conosci bene... ha dei problemi di motricità, aveva una miopia per cui stava (tu sai questa situazione) stava in carrozzina ...*

*I: e si prendeva cura della mamma, della signora \*\*\*\*?*

*M: No, mamma ha detto (mamma che doveva andare in casa di riposo) è tornata da suo figlio che si è risentita dopo un periodo di terapia più forte antidepressiva si sentiva in forze e si pensava che non tornasse più e l'assistente sociale ...mi ha scritto delle cose mi ha mandato delle lettere e mi ha mandato un quadro perché lei dipingeva dicendo " lei mi ha restituito gli anni vivi e non in casa di riposo e me li ha restituiti con mio figlio" .....*

*I: non è poco...*

*M.no è? Basta uno così! E poi suo figlio è morto prima di lei perché aveva questa miopia molto grave e poi non ho approfondito, non so di cosa si trattasse ma lei mi ha comunicato ancora che il figlio non c'era più e che erano stati gli anni più belli che ha potuto dedicare al loro rapporto e che ovviamente questa cosa aveva segnato per sempre. Questo per aver corretto, per non essermi fidato di prima diagnosi già pronta, per aver corretto una diagnosi che aveva già il suo percorso semplicissimo "prendila e mettila in casa di riposo". Bene questo un normale trionfo terapeutico perché dovrebbe essere sempre così, non basato sul trattamento ma sul fatto di non accettare cose....*

*I: di non accettare la prima cosa che viene proposta di...*

*M: la più comoda. Questo è un trionfo terapeutico. Infatti, succedeva 10 anni fa ma si può segnare come elemento che è stato utile. Poi mi dicevi di insuccessi, di insuccessi anche gravissimi...perdo tempo a fare un trattamento sanitario obbligatorio ad \*\*\*\* e ma il tempo che perdo ad andare in Comune presentare le carte per il trattamento sanitario obbligatorio che non è una situazione, ma un delirio di eroina, il paziente se ne va e lo trovano 15 giorni dopo a 100 metri da casa nel fosso. Avevo fatto anche le cose come dovevano essere fatte! Ma...come dice la legge...trovi una situazione di delirio di colperoina vabè intervieni, ma se intervieni così come siamo intervenuti noi hai lasciato quell'ora di tempo per cui il paziente prende la sua risoluzione e la risoluzione è nel fosso e questo insegna. La prossima volta che senti uno così per prima lo ricoveri e poi vedi come si chiama. Certamente un fallimento dell'intervento...hai fatto benissimo ma il paziente è morto..." (int.01, M, medico ospedaliero)*

*"...mi è rimasto in mente questo esempio qua una persona che era in carcere che avevo seguito che usava eroina perché in quel periodo la maggior parte dei pazienti usava oppiacei non è come adesso che è più varia la cosa, che usava eroina che era in carcere per delle rapine adesso insomma delle rapine ufficialmente ma anche tipico da tossicodipendente ecco e che non voleva e che avevo seguito per qualche anno e che non avevamo ottenuto nessun risultato e questa persona poi non voleva nemmeno avere un programma alternativo non so andare in comunità per esempio piuttosto del carcere. Poi un giorno ci arrivò una lettera in cui ci scrisse dicendo che voleva provare questa esperienza e la cosa partì insomma e nel tempo naturalmente no? ma partì e poi questo uomo finì perché ormai era un uomo sui 35-40 anni e poi finì il programma in comunità ci rivedemmo lo seguimmo ancora a livello di sostegno psicologico di aiuto sociale etc etc e insomma per farla breve quest'uomo a distanza di 40 anni è stato ha smesso ma era una di quelle persone su cui nessuno di noi avrebbe scommesso 10 lire ecco per dire però è successo. Quello fu un'esperienza estremamente positiva e poi questa tipologia nel tempo però non in tempi brevi ma è questo quello che capimmo poi tutti gli operatori che si occupavano di dipendenze nel tempo compresero che bisognava darsi più tempo e seguire le persone allargare anche la visione al contesto familiare eventualmente al contesto sociale di reinserimento perché c'erano, cosa che poi la letteratura ha messo in evidenza, c'erano sia delle ripercussioni familiari che potevano mantenere il sintomo come*

si suol dire sia dell'ambiente poteva mantenere il sintomo. Mi ricorderò sempre che ci siamo chiesti negli anni, in quegli anni lì avevamo tantissimi pazienti di Anguillara Veneta che non so se tu sai dov'è ma è un piccolo paese ai confini tra la provincia di \*\*\*\* e di \*\*\*\* e ci chiedevamo come poteva essere che lì avevamo un mucchio di gente che usava eroina cioè non avevamo una spiegazione una spiegazione semplice no? perché i paesi un po' più vicini tipo \*\*\*\* tipo \*\*\*\* avevano un numero di persone essendo paesetti piccoli erano anche facile fare il confronto molto minore e questo \*\*\*\* era un paese di 3000 abitanti e avevamo 30-40 persone in trattamento e non c'era una spiegazione. Poi nel tempo trovammo la spiegazione e la spiegazione era fondamentalmente di tipo ambientale nel senso che in quella zona lì c'era una grossa base militare con tanti giovani e quindi c'era un'attività di spaccio enorme enorme in quella zona lì che coinvolgeva persone della caserma ma a che locali e naturalmente le persone locali poi si influenzavano nei gruppi di riferimento. Ecco quindi per esempio una persona in quel periodo lì mi spiegò la cosa in questi termini molto interessanti anche dal punto di vista sociologico perché mi disse "guarda io ho frequentato per 3 anni un gruppo di amici in cui uno alla volta hanno cominciato a drogarsi tutti, all'inizio 1 o 2. Questo era il mio gruppo di riferimento. Dopo 3-4 anni dovevo scegliere o mi drogavo o li mollavo siccome non avevo alternative non me la sono sentita di mollarlo di mollarli e ho cominciato a drogarmi anch'io e quindi questo è stato il mio modo di iniziare" quindi non è che aveva delle problematiche famigliari o era uno che non lavorava etc etc però questo è stato sufficiente per iniziarlo alla droga e alla dipendenza poi dall'eroina non è tanto difficile creare la dipendenza..." (int.08, M, medico ospedaliero)

"...un giovane oncologico che gli togli..che ci crede nel grado magari e gli si toglie perché c'ha un tumore quindi l'ho aiutato da tutti i punti di vista lottando anche con il valore fondamentale come terapia, se togliamo anche questo momento il grado la divisa questo ragazzo lo uccidiamo prima del tempo e quindi l'ho aiutato e mi sono sentita completa. Sanitario perché ho fatto una nuova diagnosi perché lui era partito per tutt'altro visitarlo approfondendo diciamo sono molto pignola per le visite ed è venuta fuori questa cosa presa in tempo quindi infatti non fanno altro che ringraziarmi e poi perché soprattutto l'ho aiutato anche a livello lavorativo non togliendo la divisa mantenendolo vivo e facendogli prendendolo attivo operativo vivo ecco. La mi son sentita completa e mi è capitato più di una volta..." (int.11, F, medico ospedaliero).

Anche l'accompagnamento verso il fine vita, fatto in modo adeguato, viene vissuto come soddisfacimento del bisogno di cura

"...un episodio che mi viene in mente in cui ho sicuramente soddisfatto il bisogno di cura del paziente è una cosa recente in cui io avevo in cura una paziente quasi centenaria e diciamo che fino ai 98 anni è sempre stata bene e poi ovviamente ha cominciato ad avere un declino fisico e i famigliari hanno subito espresso la volontà di non ricoverarla, di non mandarla in casa di riposo ma di tenerla a casa e di diciamo di cercare di curarla al meglio nel limite delle possibilità per farle vere insomma gli ultimi anni che potevano essere mesi giorni anni, in mezzo comunque ai suoi cari alla sua casa e quant'altro. E alla fine questa signora è arrivata a 100 anni e era anche abbastanza lucida anche dal punto di vista mentale e quindi lei ci diceva sempre che non vedeva l'ora di arrivare ai 100 perché voleva fare una festa e voleva vedere tutti i suoi parenti tutta la sua stirpe e appunto è riuscita ad arrivare a 100 e le hanno organizzato una festa veramente pantagruelica in cui lei in quel giorno, sono stata invitata anch'io, e in quella giornata sembrava che non avesse più 100 anni ma metà, era proprio rinata e poco dopo quella grandissima festa lei ha avuto un grandissimo crollo declino come se si fosse lasciata andare come se si fosse detta "ho raggiunto la mia meta e a me va bene così" e dopo un mese circa è venuta a mancare. Nonostante la tristezza perché comunque per quanto poco sono persone che si accompagnano e un pochino ci si affeziona, lì ho sentito veramente di essermi presa cura della signora, di avere insomma fatto quello che era meglio per lei, quello che lei aveva voluto ed è stato un episodio importante per me come, diciamo è stato importante anche e mi ricordo ancora, la prima persona che ho curato per il Covid e che sono riuscita a mantenere a casa e a non mandare in ospedale e i ricordo che anche se era sotto Natale, ci sentivamo sempre anche a Natale S.Stefano chiamavo la signora e impostavo la terapia in base ai suoi sintomi in base ai suoi parametri e alla fine è riuscita a guarire. Quindi anche quello è stato un episodio che mi ha fatto dire "cavolo questa persona l'ho presa veramente in cura!"..." (int.05, F, medico di medicina generale)

*“...prima è quando c’era una paziente oncologiche che è stata terminale e....sì...che non aveva possibilità di proseguire le cure con la chemio terapia etc. che però è stata ricoverata per una difficoltà di gestione a domicilio da parte dei famigliari però qui in reparto abbiamo sia dal punto di vista prettamente diciamo medico in cui abbiamo impostato una terapia che ha avuto in qualche maniera....che è stata efficace dal punto di vista proprio dei dolori etc. che lei aveva, sia anche con i famigliari siamo riusciti in qualche modo a farla tornare a casa ma con dei famigliari che erano pronti consapevoli del quadro e quindi è tornata a casa diciamo appunto è mancata poco tempo dopo la dimissione però ho avuto poi a posteriori di un confronto con la dottoressa che la seguiva a casa che mi ha confermato anzi lei in primis mi ha detto mi ha scritto che non ci sono stati problemi a differenza di quello che si pensava all’inizio per la gestione domiciliare che la signora non ha avuto, sì si è spenta in maniera relativamente serena, sì ecco questo è stato un po’ il raggiungimento dell’obiettivo che ci eravamo posti...” (int.06, F medico ospedaliero)*

*“...Recentemente mi è capitato con una signora che era una signora terminale senza...una terminabilità non oncologica per cui una signora essenzialmente a fine vita per anzianità diciamo per altri problemi per insufficienza d’organo generale insomma non per problematiche oncologiche che tramite la famiglia dopo un bel po’ di lavoro con i famigliari siamo riusciti a cioè sono riuscito a far capire ai famigliari che la roba migliore per la signora in quel momento era stringere la mano alla nipote stare a casa insomma e morire con dignità accompagnarla per cui quando effettivamente ricevi dai famigliari i ringraziamenti per quello che sei riuscito a fare in quel momento ed effettivamente ti ringraziano perché si son goduti l’ultimo sorriso della nonna la morte in serenità senza tubi tubetti insomma...” (int.09, M, medico di medicina generale)*

*“...ci sono stati due episodi particolarmente recenti due malattie gravi di patologia grave che però mi hanno dato veramente tanto e sono stati in particolar modo due pazienti oncologici, tra l’altro, tutti e due con tumore al polmone di diagnosi ai polmoni che però dal punto di vista umano mi hanno dato veramente tanto energia. Uno in particolar modo per, allora c’è da dire che entrambi...uno si è concluso andando in là e l’altro è tutt’ora qua sta facendo le cure e diciamo che questa situazione mi ha forse colpito dal sul vivo perché purtroppo mio papà ha avuto un tumore al polmone no? e quindi ho vissuto tutta la malattia di anni fa e l’ho vissuta con l’intensità e mi sono resa conto in prima persona di quello che è i bisogni bhe anche la sofferenza di un paziente oncologico in primis l’esperienza personale umana mi ha fatto avere anche un occhio diverso nei confronti del paziente per cui nel momento in cui era in cure domiciliari palliative sono stata particolarmente attenta nel senso che mi hanno chiamato a domicilio e sono andata subito anche alle otto di sera sono stata lì anche due ore perché il personale non sarebbe andato perché sarebbe andato il giorno dopo quindi è lì con la famiglia proprio un rapporto di stima reciproca nel senso che dialogando tanto anche su idee divergenti magari anche sul fatto di dire la diagnosi c’è stato tra me e loro tutto un dialogo di condivisione reciproca del tipo cosa volete per lui cosa pensate che sia meglio per lui cosa pensate voi quindi c’è stato tutto un lavoro proprio...nonostante ripeto ci fossero anche momenti in cui magari avevamo delle idee diverse ma o comunque è stato un lavoro reciproco per tutti e due sia per la famiglia che per me devo dire quindi poi alla fine quando fu mancato mi hanno ringraziato tanto mi hanno davvero davvero...c’è stato un ritorno...questo è stato da me molto gradita nel senso che per me nel senso che il signore è riuscito a morire a casa non ricoverato insomma stargli vicino quindi per me questa è stata la cosa più importante e devo dire che è stato è stato gratificante perché mi sono sentita ho sentito che in quel momento ho potuto fare la differenza perché poteva stare tutti i giorni controllato e con i dolori se andava al pronto soccorso magari non avrebbe più visto i famigliari o li avrebbe visti poco e sarebbe morto dopo due giorni su un letto di ospedale da solo e quindi ecco è stato molto gratificante...” (int.13, F, medico di medicina generale).*

Anche il fatto di aver salvato la vita a una persona viene ovviamente vissuto come soddisfacimento del bisogno di cura:

*“...Diciamo uno degli episodi che sicuramente diciamo mi porterò mi porterò per sempre perché insomma è stato particolarmente significativo è accaduto penso ormai 4 anni fa credo il 18 giugno. Mi ricordo il giorno ma non mi ricordo l’anno in cui siamo intervenuti nel caso di una bambina di 9 mesi con ostruzione quasi completa delle vie aeree e sostanzialmente le abbiamo salvato la vita e senza di noi sarebbe morta oggettivamente. E questa è una cosa che penso non dimenticherò mai. Quando ne parlo e quando ci penso veramente mi si accappona ancora la pelle perché è un ricordo veramente dove hai la consapevolezza di esserti preso cura di qualcuno in maniera esclusiva e sai bene che senza le tue cure veramente sarebbe stato un problema nel senso avremmo avuto una persona e in questo una bambina che sarebbe morta quindi*

ce ne sono anche altri di episodi simili. Diciamo questo è quello più eclatante sicuramente è proprio impossibile che io mi possa mi possa dimenticare ecco...” (int.07, M, medico ospedaliero);

oppure, semplicemente, l’aver dato il proprio contributo

“...A volte il mio contributo è buono magari mi accordo di cose perché sono molto pignola e faccio piccole modifiche ma che magari fanno venire la svolta fanno dare un po’ di svolta al paziente però credo che il mio sia più in rianimazione, almeno, un lavoro di gruppo per cui ogni persona del gruppo porta quella che è la sua competenza e la sua professionalità proprio. Poi la parte difficile è far fronte con la parte umana delle persone perché a volte è complicato relazionarsi e accettare le critiche dei colleghi perché non tutte le accettano nello stesso modo e non tutti le fanno allo stesso modo per cui più che l’apporto personale che magari so di dare penso al gruppo cioè quando un paziente va bene penso che siamo stati bravi come gruppo e non come persona...poi ovvio che so quando do il mio contributo lo vedo quando do il mio contributo però penso che sia tutta la squadra che vince non è il singolo non c’è l’attaccante fuoriclasse da mettere in prima pagina. Siamo una squadra abbiamo di fronte un responsabile di rianimazione un primario del servizio e sono molto disponibili per cui se abbiamo un problema li coinvolgiamo insomma però è il gruppo che vince non è la singola persona. Quando invece la singola persona si crede indispensabile è sbagliato, è sbagliato proprio il concetto sbagliato perché perde tutta la squadra e il mio apporto può essere buono ma serve anche quello degli altri per portare avanti quella che è la terapia e il lavoro sul paziente perché basta solo uno dei tanti ingranaggi che non segue non segue il lavoro e si perde tempo perché poi vengono cambiate cose viene modificata la terapia e si perdono gli avanzamenti sul paziente perché a volte i cambiamenti fanno bene ma altre volte sono inutili o fanno tornare anche indietro il paziente quindi credo che il mio contributo c’è però è più un lavoro di squadra in rianimazione, mentre in sala operatoria è più un lavoro individualizzato perché sei tu e il tuo paziente l’infermiere di anestesia il chirurgo, lì il tuo contributo lo vedi perché tu fai e t dà subito nell’immediato una risposta quindi puoi avere una gestione buona dei vari tipi di anestesia e lo vedi al risveglio lo vedi a fine intervento se hai fatto un buon lavoro quindi là riesci a dire “oggi sono stato bravo oggi sono stato davvero bravo” oppure anche puoi dirlo. Nel lavoro di rianimazione è una questione di gruppo, se il gruppo va va il paziente ovviamente se il paziente sopravvive tutto va se no se non c’è il gruppo si fa tanta fatica quindi...non so se ho risposto ma è complicato ci sono stati ambiti nel mio lavoro...il mio lavoro ha vari ambiti c’è la rianimazione dove si lavora in squadra c’è la sala operatoria e la sala parto dove lavori in solitaria. Se hai un problema chiami e ti viene dato un aiuto però generalmente in questi due posti sei da solo con l’infermiere di anestesia mentre in rianimazione hai proprio bisogno del gruppo. Quindi è un lavoro strano perché non puoi mai dire il mio contributo è sempre fondamentale perché sì è vero che lo è tutti siamo utili però è più utile il lavoro di squadra è più utile che tutte le persone seguano un indir...una vi...un mod...un’idea capito? E che pensiamo a quale è il nostro obiettivo senza continuamente distruggere quello che ha fatto il collega prima capito? Non so se è facile da capire però proprio è la squadra che vince non è il singolo...” (int.10, F, medico ospedaliero).

Vi sono stati momenti in cui i medici hanno avvertito di non aver soddisfatto pienamente il bisogno di cura.

Un medico ospedaliero narra che sente di non soddisfare pienamente il bisogno di cura quando, semplicemente, non ha voglia di fare

“...ci sono insuccessi ancora peggio. A volte in cui non hai voglia di fare, semplicemente non ho voglia di fare, venendo al 20% di quello che potrei laddove non potrei per forza ogni giorno il 100% ma almeno il 61 sì. Ci sono delle volte che non fai, non fai...io vado in automatico e boh...faccio la prestazione standard e abbastanza ridicola e abbastanza insufficiente e succede questo. Importante è saperlo e non dire che quella è la prassi, ma mi succede, mi succede anche questo. Certo che sì. Quando son stufo e nervoso, tenermi per certi versi ecco che dico dopo tantissimi anni ancora a lavorare non è una garanzia di qualità ...no...dopo un po’ la gente è molto stanca ...questo è un fatto piuttosto noto e risaputo. Per cui qualche volta sarei solo uno psichiatra da non incontrare davanti...” (int.01, M, medico ospedaliero)

oppure per il fatto che si sentiva poco competente di fronte alla situazione che gli si era presentata davanti

*“...sì tutte le situazioni appunto secondo me più che altro legate al mio problema fisico in cui bisogna fare una cosa di emergenza e quindi bisogna agire più che altro fisicamente d’istinto avere anche una certa prontezza lì non mi sento adeguata diciamo e quindi non so l’emergenza durante quel reparto in cui facevo emergenze cardiologiche lì non ero tranquilla insomma io non mi sentivo all’altezza né fisicamente neanche caratteriale e neanche di preparazione e quindi non me le sentivo proprio adatte a me insomma...oppure nel mio reparto casi di meningite o casi un po’ più....insomma lì da noi non è che devi curarlo tu sei già abbastanza tutelato insomma però sicuramente un po’ di quel senso di impotenza o magari di inadeguatezza mi capita ancora ecco. Oppure durante la specialità che andavo in reparto ti capita di fare un errore o di fare esattamente quello che il tuo capo ti aveva richiesto e magari ti fa un rimprovero ecco anche in quel caso. Non c’è mai stato niente di così eclatante però c’è stato...non so se va bene questa risposta...” (int.12, F, medico ospedaliero).*

Gli altri medici, invece, raccontano di non aver soddisfatto tale bisogno nel momento in cui vi è stato un insuccesso, ad esempio il decesso del paziente oppure degli errori commessi o una diagnosi errata

*“...Un episodio in cui mi sono sentita di non avere soddisfatto questa faccenda, diciamo che anche questo è stato abbastanza recente, in cui una signora ammalata di cancro alla mammella, presa in carico diciamo dall’oncologia, veniva da me diciamo a portarmi tutto l’incartamento man mano che faceva le visite, man mano che le veniva prescritto la terapia e nell’ultima settimana aveva cominciato a stare male. Purtroppo, però nella settimana in cui lei ha cominciato a star male, io non c’ero in ambulatorio perché mi ero presa 2 giorni di vacanza e quindi io ero via il lunedì e il martedì e lei appunto era stata male il lunedì. Era andata in pronto soccorso e non è stato capito il caso, non è stato valutato ed è stata rimandata a casa, il mercoledì è venuta da me in studio e ho visto che la situazione era grave e l’ho subito rimandata in ospedale però purtroppo è deceduta perché ormai era troppo tardi e quindi lì mi sono sentita di non esser riuscita a prenderla in cura come avrei voluto. Mi sono sentita mancante, appunto essendo stata in vacanza, io per lei non c’ero stata, non avevo potuto fare niente e quindi là mi sono sentita un po’ mancante pur riconoscendo che, non l’ho vissuta come una colpa mia però mi sono sentita come “cavolo io non c’ero!” e mi è dispiaciuto. Probabilmente se ci fossi stata non sarebbe cambiato niente però mi è dispiaciuto non esserci, tutto qua...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...Questo mi è capitato più di qualche volta e riguarda per esempio quelli che sono morti. Purtroppo tu sai che nelle dipendenze non è molto difficile, oggi un po’ meno perché oggi maneggiamo molto meglio anche i farmaci alternativi tipo il metadone una delle terapie che hanno un’evidenza basata dell’evidenza ma a quel tempo lì la nostra conoscenza era limitata anche la letteratura era più limitata poi gli studi arrivarono dopo e quindi avevamo molte morti per overdose che oggi sono calate grazie a dio ma in quel periodo lì avevamo nel nostro piccolo avevamo 10-12 ragazzi che morivano ogni anno e quindi la domanda che ci ponevamo sempre era “come mai, siamo riusciti a fare tutto quello che era possibile fare per questa persona o no?” naturalmente era una domanda a cui è difficile rispondere ancora oggi ma che mi ha tra virgolette tormentato per molti anni perché forse magari alcune nostre mancate conoscenze da una parte e mancato coraggio di andare contro forse a delle modalità di trattamento che erano più in uso in quel tempo ma che non avevano una solida base scientifica forse alcune di queste persone potevano essere salvate. Questo è qualcosa che mi rincorre ancora oggi e che per altro io ho anche poi analizzato a fondo nella mia tesi di specialità perché poi la tesi di specialità l’ho finita mentre lavoravo la mia tesi di specialità che appunto riguardava appunto la morte del tossicomane e quindi insomma tutta una serie di riflessioni che adesso ho portato nascono anche dall’analisi più accurata che feci in quel periodo...” (int.08, M, medico ospedaliero)*

*“...quando hai a che fare con casi sociali disperati oppure mi è capitato ultimamente di recuperare abbiamo fatto uno sforzo immane a recuperare uno dalla strada disponibile a farsi aiutare povero dipendenza da alcol lo recuperiamo tutti collaborano lo mettiamo in struttura poi ad un certo punto c’è la nomina dell’amministratore di sostegno il sistema italiano ti dà la libertà di scelta per cui adesso me lo*

*ritrovo di nuovo per strada “io non ci voglio stare io c’ho alternative” il giudice non ha deciso per, anzi si è preso del tempo per l’amministratore di sostegno e ha dato la possibilità ecco di ritornare alla sua vita di strada ecco quindi dopo tanti sforzi effettivamente ritornare punto a capo per poi magari intervenire fra qualche mese in urgenza un po’ si ti senti...non che hai perso tempo no perché è sempre tempo recuperato in quei 3 mesi lui ha vissuto una vita con dignità servito e riverito però ecco hai un sistema che non è proprio....avrei preso altre decisioni al posto del giudice, obbedito alla decisione però ecco dopo tanti sforzi mesi dietro riusciamo nel momento in cui riusciamo via e torniamo punto e a capo...” (int.11, F, medico ospedaliero)*

*“...sì tutte le situazioni appunto secondo me più che altro legate al mio problema fisico in cui bisogna fare una cosa di emergenza e quindi bisogna agire più che altro fisicamente d’istinto avere anche una certa prontezza lì non mi sento adeguata diciamo e quindi non so l’emergenza durante quel reparto in cui facevo emergenze cardiologiche lì non ero tranquilla insomma io non mi sentivo all’altezza né fisicamente neanche caratteriale e neanche di preparazione e quindi non me le sentivo proprio adatte a me insomma...oppure nel mio reparto casi di meningite o casi un po’ più....insomma lì da noi non è che devi curarlo tu sei già abbastanza tutelato insomma però sicuramente un po’ di quel senso di impotenza o magari di inadeguatezza mi capita ancora ecco. Oppure durante la specialità che andavo in reparto ti capita di fare un errore o di fare esattamente quello che il tuo capo ti aveva richiesto e magari ti fa un rimprovero ecco anche in quel caso. Non c’è mai stato niente di così eclatante però c’è stato...non so se va bene questa risposta...” (int.12, F, medico ospedaliero).*

Sembra, in qualche modo che i bisogni sanitari lascino il posto a bisogni di carattere più emozionale. In letteratura spesso ci si sofferma a riflettere sul ruolo che le passioni e i sentimenti svolgono rispetto a entrambe le prospettive, sia di chi riceve cura sia di chi la presta. Nussbaum stessa sostiene la necessità di comprendere quali siano le emozioni implicate ad agire, anche secondo un’etica, le passioni “egoistiche”; mentre Hume, Smith e Scheler, affermano che vi siano altri e diversi moventi dell’agire, ad esempio come la benevolenza, la generosità, la compassione che trovano origine nella peculiare qualità emotiva e relazionale, quale è la “simpatia”, ossia la capacità di mettersi nei panni dell’altro, di provare le sue emozioni e partecipare alla sua esperienza. Gilligan, invece, valorizza il ruolo della compassione e dell’attaccamento nella scelta morale; mentre Tronto, Paperman e Lugier esprimono un prudente scetticismo verso i sentimenti per scongiurare il fatto che essi stessi non diventino l’unico e prioritario fondamento della cura. (Pulcini, 2018) Qui i nostri narratori hanno fatto emergere che i bisogni sono legati in particolar modo proprio a questo, sia per chi presta cura sia chi la chiede ed in entrambe le situazioni i bisogni sono il motore che spingono ad intraprendere la relazione di cura. Si potrebbe affermare che i bisogni sanciscono l’inizio della relazione come ad essere la motivazione per cui si entra in relazione con l’altro. Come sosteneva Collins (2008), il contagio emozionale dell’interazione, più che le competenze cognitive delle persone, è ciò che tiene insieme la società. Nell’interazione con l’altro o con l’ambiente si stabilisce un flusso comunicativo incessante attraverso lo scambio di input e output, tra interno ed esterno. L’arresto del flusso, l’interruzione dello scambio, la cessazione dello “squilibrio” perenne provoca la morte. Al contrario di quanto suggerisce il senso comune, è proprio

l'alimentarsi dello "squilibrio" che genera la vita. Questa idea scardina quanto sostenuto da altre prospettive quali ad esempio Parsons (2008) secondo cui la meta di un sistema è il raggiungimento di un equilibrio dove elementi e relazioni restano sempre identici a sé stessi e lo squilibrio è considerato origine di patologia e devianza. La prospettiva olistica propone un modello della comunicazione intersoggettiva caratterizzato dallo squilibrio continuo. Con l'incontro, l'interazione, cambia qualcosa, è l'opportunità di un cambiamento nel quale essere: l'esperienza di un fluire in cui, mentre cambiamo, procediamo. (La Mendola, 2017)

La parte non conosciuta dell'altro può essere uno dei motori per l'interazione. Facendo un parallelismo con l'arte, si potrebbe affermare che i bisogni sono come la motivazione che spinge l'artista a dipingere la sua opera: per quale motivo la crea? Qual è il suo bisogno e quali sono i bisogni di chi osserva proprio quell'opera? Un modo per entrare in relazione con lo spettatore attraverso sentimenti, emozioni che l'opera stessa suscita ma in modo unico per ognuno che la osserva poiché gli stati emotivi sono soggettivi mentre i bisogni riportati nei racconti dei medici, anche se il bisogno di ascolto unisce tra di loro i cerchi, i quadrati e i triangoli con le linee formando una geometria di intersezioni posta a destra e in alto della Composizione VIII.

#### 4.3.6. Tecnologia

Negli ultimi anni si è trattato molto l'argomento relativo alla tecnologia, portando in risalto i punti di forza e di debolezza di quest'ultima rispetto al suo utilizzo nei diversi contesti. È importante studiare la tecnologia assieme al contesto e al contenuto. La sociologia della tecnica cerca di collocare le attività che precedentemente venivano viste come individuali mentali e non sociali, su un piano collettivo, allargandosi e spostandosi dal singolo al grande pubblico. In questa fase di passaggio la sociologia della tecnica colloca storicamente il significato attribuito alla tecnologia, osservando come esso muta nel corso dell'uso di essa stessa. In ambito sanitario la tecnologia è sempre stata presente in quanto la strumentazione diagnostica è la componente principale per la diagnosi di una malattia e il relativo percorso di cura da intraprendere. Sempre più strumenti precisi, specializzati e ad alta tecnologia vengono impiegati in ambito sanitario e dall'altra parte si richiede una sempre maggiore preparazione del personale tecnico per l'utilizzo di tali



dispositivi. Il dispositivo tecnico muore o scompare se non interessa gruppi eterogenei e non traduce le loro esigenze in interessi compatibili alla sua espansione. (Mongili, 2007)

I medici in merito a ciò affermano che la tecnologia è fondamentale e indispensabile

*“...indispensabile, una vicarianza indispensabile tanto da essere non più una vicarianza ma un mondo a sé stante. Cioè ormai il mondo va come dice \*\*\*\*\*, onlife, cioè la co-presenza, cioè questo non sta al posto di quest'altro. Questo sta affianco e nella nostra esperienza rappresenta uno dei vari modi. Sto con mio fratello per fare i compiti, sto con mio fratello per giocare, non sto con mio fratello perché preferisco stare da solo...benissimo...sono tre modi di stare con mio fratello e di avere a che fare con mio fratello. Stessa cosa adesso ormai abbiamo arricchito il sistema con nuove proposte di strumento e altre verranno e dobbiamo orientarci su questa prospettiva. Io sento per esempio che in Serd fanno, hanno fatto la proposta ed è anche passata, di fare consulenze solo via telematica. È una cosa in più, non può stare la via telematica al posto della via personale e in carne ed ossa e ora hanno fatto questa offerta al personale, ma bisognerà pensare alla co-presenza di queste 2 cose e così è andata per i pazienti.*

*I: Non un pensiero o/o ma un pensiero e/e...*

*M: un pensiero e/e, certo, è un pensiero di logica a fasi, a seconda di quello che ti serve, a percentuali, cosa ti serve in questo momento, che cosa ti è più utile in questo momento come rapporti anche con agenti esterni, istituti esterni, istituti giudiziari per esempio, gente in...la logica di questo tipo è una logica mista. Era già in atto e ora si amplifica. Sento il paziente in rems, lo sento così, ma sento anche i colleghi che posso vedere in diagnosi e cura perché abbiamo il turno, li posso vedere la mattina in questo modo qui, il pomeriggio in carne ed ossa e alla mattina in digitale...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

Ne portano, inoltre, in evidenza sia i punti di forza che di debolezza. Tra i punti di forza hanno individuato che la tecnologia è facilitatrice sia per i dispositivi di messaggistica sia per la strumentazione da utilizzare nella pratica delle cure nella loro professione. Allo stesso tempo, lo vedono come un punto di debolezza poiché diventa difficile staccare, soprattutto per i medici di medicina generale, e con le nuove modalità di richiedere le prestazioni diventa una situazione caratterizzata dal “tutto e subito”. Altro punto di debolezza è il fatto che la tecnologia non deve giungere alla sostituzione del medico, ma deve essere una comodità e deve essere facilitatrice e snellente rispetto ad alcune procedure in essere. Infatti, gli oggetti tecnici mutano in complessità o scambiano le loro mansioni con gli umani tanto che le macchine non hanno problemi di appartenenza e di coscienza come gli umani. Così come il sociale si trasforma, anche la tecnica muta al contatto con il sociale. Le macchine rafforzano e determinano la differenziazione tra attori che vengono ammessi a certe attività e altri che ne vengono esclusi; obbligano in qualche modo a certi comportamenti piuttosto che ad altri e configurano il rapporto degli uomini con il loro ambiente secondo modalità particolari. Chi ha interesse ad innovare deve modificare sia l'oggetto che il contesto. Il rapporto con il contesto, dunque, per gli oggetti tecnici, non è passivo ma corrisponde a una contestualizzazione attiva dalla quale anche il contesto può uscirne modificato. In letteratura e più in particolare, Latour (1989) sostiene che ogni dispositivo tecnico ingloba al suo interno elementi che gli erano estranei, cioè si contestualizza, oppure muore. (Mongili, 2007) A tal proposito un medico

riporta che si discute di alta tecnologia e di sistemi sempre più sofisticati ma poi la tecnologia di base è carente e ciò appare paradossale mentre gli altri medici sottolineano il fatto che la tecnologia è snellente e facilitatrice

*“...è una grande differenza rispetto ai medici che c'erano fino a qualche anno fa. Nel senso che noi più giovani con la tecnologia ci siamo nati e siamo ovviamente molto più veloci. Nel nostro lavoro tecnologia informatica burocrazia sono una parte gigantesca e bisogna per forza essere rapidi per non soccombere. Secondo me è un grande aiuto la tecnologia, nel senso che per certi versi mi velocizza molto le cose. Vedo che la maggior parte dei pazienti sono anche contenti di potermi contattare velocemente via mail, si stupiscono che io risponda velocemente e mi dicono “che bello non dover venire sempre dal medico per...anche per chiedere una cosa veloce, è più semplice così” poi ovviamente ci sono sempre quelli che dicono “ma no io voglio venire a farle vedere gli esami anche se non c'è neanche un asterisco ed è tutto perfetto, perché lei è il mio medico, la devo vedere in faccia etc etc.”. però tendenzialmente la tecnologia ci semplifica le cose però bisogna saperla utilizzare e utilizzare velocemente...” (int.02, F, medico di medicina generale)*

*“...è solo un sistema che ci permette di sbri...di facilitare un po' le cose però mettiamo bene in chiaro che non è la stessa cosa. Intanto ci focalizziamo sullo scambio, sull'ascolto” quindi è chiaro che non sarà mai la stessa cosa però comunque bisogna guardare anche i vantaggi. Cioè io teoricamente potrei farmi una mezza giornata a settimana dove teoricamente potrei stare a casa mia per fare, quindi ha i suoi vantaggi e svantaggi...” (int.03, F, medico di medicina generale)*

*“...allora io credo che sia una grandissima arma a doppio taglio nel senso che da una parte molto comodo perché molte cose vengono snellite, non so, richieste di fare esami oppure esami da visionare consigli...non lo so...anche mandare spedire una ricetta in farmacia “dottoressa” mi arriva il messaggino su WhatsApp “dottoressa mi serve questo farmaco” e io glielo mando in farmacia quindi da quel punto di vista velocizza un sacco tante pratiche. Dall'altro ovviamente il lato negativo è che purtroppo, per me, è più difficile staccare nel senso che mi arrivano messaggi su WhatsApp a tutte le ore del giorno e della notte letteralmente, per fortuna ho la fortuna di poter scegliere i momenti a cui rispondo e a cui non rispondo e un altro lato negativo è che molto spesso le persone cercano di usare lo strumento digitale al posto della visita e con certi faccio veramente fatica a convincerli, loro pretendono che dia la cura per telefono cosa che in certi casi posso provare a fare ma nella maggior parte dei casi no. Ci sono persone far fatica convincere a farsi venire a visitare perché pensano che tutto si possa fare in via telematica...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...allora la tecnologia secondo me poi io sono un appassionato in generale di tecnologia mi piacciono le cose tecnologiche. Secondo me come tutte le novità come tutte le cose ha i suoi aspetti positivi e i suoi aspetti negativi. Allora gli aspetti positivi enormemente positivi sono legati al fatto che la tecnologia oggi ci permette di avere cure più efficaci, la tecnologia ci permette per esempio una delle cose un'applicazione interessante è quella della telemedicina nel senso che ci permette di curare persone che vivono in posti remoti in maniera più efficace evitando di fare centinaia di chilometri per andare dal medico. Insomma, sono aspetti importanti. Ciò che secondo me la tecnologia non non è su cui non sta avendo un buon impatto innanzitutto è tutto l'ambito in cui si vuole sostituire la figura del medico relegandola a una telecamera in cui il medico da lontano vede il paziente e dice all'infermiere cosa deve fare. Non ne faccio un discorso di corporativismo però nel senso che trovo folle che il medico faccia il medico seduto alla scrivania con un infermiere che con una telecamera gli fa vedere un paziente in faccia e il medico dovrebbe dire fai così fai così. Questo è una cosa un utilizzo della tecnologia secondo me errato perché perché non ha senso perché noi dovremmo essere in grado di almeno anche nel mio lavoro cioè l'infermiere dovrebbe gestire una serie di cose dove l'infermiere non ha le competenze per gestire quelle cose ci deve essere un medico fisicamente presente. Allora il fatto di dire “eh va bhe io adesso ho una videoconferenza e posso curare posso vedere il paziente da remoto e dirgli all'infermiere cosa deve fare” onestamente la trovo e questa la trovo una cosa assolutamente non non buona. L'altra cosa che la tecnologia invece secondo me è assolutamente scadente su questo è che anche qui in ambito sanitario abbiamo integrato tantissime diciamo tantissimi ambiti cioè abbiamo integrato tantissime funzioni con cose tecnologiche che però oggettivamente non funzionano. Cioè allora se io oggi ho che l'ospedale di provincia dovrebbe essere perché la tecnologia ha messo in piedi dovrebbe essere in grado di inviare via server via rete le immagini della risonanza della tac di un paziente all'ospedale centrale perché così all'ospedale centrale possono fare la consulenza di guardare la tac e dire “sì mandami il paziente no non mandarmi il paziente” oggi questi sistemi non funzionano comunque o funzionano male e noi spostiamo*

*fisicamente il paziente perché il supporto tecnologico non funziona e abbiamo gli ospedali che sono dotati di computer veramente dell'anteguerra software che funzionano male allora non è possibile che oggi parliamo di andare su Marte no? e le macchine e ieri ho visto le macchine a guida autonoma e noi in ospedale abbiamo un programma che 2 per 3 si blocca perché il computer è vecchio quanto il cucco oppure perché non abbiamo il toner per la stampante. Questa è tecnologia di basso livello perché non è tecnologia. Oggi si parla qua di metaverso il chirurgo che opera da remoto facevano una pubblicità della Tim con Musumeci che operava il bypass mentre stava a un matrimonio in Sicilia tutto bello però poi non riusciamo a far funzionare la tecnologia più basilare e anche questo oggettivamente è un problema perché questo poi inficia il tempo che poi noi possiamo dedicare ai pazienti perché se io devo stare lì perdere tempo con una stampante che non funziona la tac che non si invia però poi ti dicono che il masterizzatore non riesce a masterizzare non funziona quindi la tac non si può mettere sul cd cioè questo è tempo di cura e abbiamo esperienza diretta cioè ho esperienza diretta in cui questo ha inficiato le cure del paziente e nel 2022 non è accettabile cioè questo non è proprio accettabile quindi la tecnologia ha fatto dei passi da gigante e in questo ci ha aiutato tantissimo però probabilmente anche per colpa nostra non lo so, non riusciamo a sfruttarla al meglio per le cose che quotidianamente ci servono e che impattano sulla possibilità di assistenza ai pazienti. In tanti ospedali in tanti posti abbiamo ancora le cartelle cliniche cartacee cioè questo non è accettabile. Allora non ha senso avere la tac di ultimissima generazione se poi il medico e l'infermiere devono perdere 10-15 minuti a paziente per compilare la cartella clinica quando a computer ce ne metterebbero meno della metà cioè ricopiare la cartella clinica tutti i giorni con le medicine che prende il paziente e tu devi ricopiare ogni tre giorni perché..cioè questo è fuorviario di errori riduce il tempo che il medico ha a disposizione per gestire curare il paziente che ha in carico...mmm...tra l'altro è stressante per il medico o l'infermiere che sta a fare una cosa prettamente manuale che non ha nulla a che vedere con il tempo di cura del paziente e che invece potrebbe essere bypassato da una tecnologia di basso livello quindi in questo siamo ancora molto indietro secondo me...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...Spesso però le persone forse anche vittima anche il nostro periodo contestuale di ipertecnolocizzazione che stiamo subendo pretendono che tu ti comporti come un'applicazione telefonica che tu dia delle risposte in-et-nunc immediatamente a costo zero cosa che invece non è così. La medicina non funziona così. Ci sono dei tempi e una persona non può fare oltre quelle che sono le sue capacità per cui le persone devono capire che dietro alla medicina ci sono delle persone come loro che si fanno il mazzo che spesso e volentieri hanno bisogno anche di tempo per pensare di fare le cose. Adesso siamo diventati un po' delle applicazioni tascabili cioè i pazienti pretendono delle cose da noi e spesso e volentieri si va anche incontro certe volte a dei principi di bournout c'è proprio del disgusto in quello che stai facendo, non servi a niente perché tanto le persone non sono mai contente per cui diciamo che è una continua dualità il nostro lavoro, cioè mi confronto spesso anche con i colleghi no? ...: beh, allora la tecnologia è qualcosa sicuramente utile bisogna capire come usarla nel senso nel mio ambito uso spesso la tecnologia se penso all'uso dell'ecografo che io uso nella mia quotidianità nella mia pratica clinica per andare ad agevolare un pochino il percorso diagnostico già dalla prima visita. Io visito come si visita normalmente ma poi uso sempre il mio ecografo che ho imparato ad usare con corsi che ho fatto e quindi ho anche per esempio l'ecocardiografo, l'ECG ho un ECG portatile che posso portare a casa dei pazienti per cui qualsiasi problematica di natura cardiologica riesco ad inquadrarla meglio o tante altre cose. Io investo molto in equipaggiamento tra virgolette e anche in ambito medico dal punto di vista professionale è molto utile avere anche delle applicazioni telefoniche che ti possono aiutare per il calcolo di posologia di farmaci per pazienti complicati pazienti pediatrici o pazienti oncologici. Io uso tantissimo ad esempio un'applicazione che in ambito oncologico aiuta a misurare le dosi di soccorso nei pazienti che magari sono sotto morfina che hanno quel dolore acuto che bisogna riuscire a controllare, quindi le applicazioni e tutto questo ambito qua e quello che è l'equipaggiamento del medico tutta la tecnologia di ambulatorio sono indispensabili ma chiaramente la consapevolezza di quello che si sta facendo non bisogna delegare quello che una macchina ma bisogna usarla a proprio piacimento a proprio uso con delle finalità specifiche insomma quindi forse può essere un'arma a doppio taglio (si sente male audio) parole tecniche che si sente che non sono farina del suo sacco ma sono mezze parole lette su internet per cui spesso e volentieri alterno (si sente male audio) cosa mi va a contattare se vuole una notizia se la va a vedere su Google direttamente se ha questa fiducia cieca che mi riporta delle copie quindi diciamo che la tecnologia è sicuramente utile ma bisogna saperla usare interpretare ecco, nelle mani sbagliate può essere addirittura deleteria tant'è che spesso e volentieri nel mondo recente in quello che è stato il discorso covid essere sempre bersagliati da media tutto il giorno è andato un po' a indebolire quello che è le difese dei pazienti nei confronti della malattia intendendo sempre come difese psichiche ecco fragilità mentale. Per cui è molto importante la tecnologia ma come cosa bisogna anche essere in grado di usarla di capire quali sono i limiti...” (int.09, M, medico di medicina generale)*

*“...è necessaria e a volte anche fondamentale avercela per cui noi come categoria la usiamo tanto ne abbiamo bisogno di tanti supporti tecnologici sia nella cura che nella diagnosi e quindi c'è e la utilizziamo e a volte no per dire il fatto di stare attaccati al computer snerva ti fa perdere la pazienza perché certi programmi sono come si dice....mmmmm.....eeeeee....non so come dirlo però hanno dei deap nell'inserimento dei dati perché si bloccano ed è complicato perché magari già hai poco tempo per fare ste cose perché il tempo maggiore lo perdi al letto del paziente poi se il tempo che ti rimane è tutto davanti a un computer a litigarci o al telefono per chiamare consulenti che sono già al telefono con qualcun altro quindi aspetta metti giù richiama è una cosa che snerva ulteriormente rispetto allo stress del gestire i pazienti gravi ecco per cui la tecnologia aiuta ma la tecnologia logora...” (int.10, F, medico ospedaliero)*

#### 4.3.7. Futuro

Vasilij Kandinskij, sosteneva che “l'arte supera i limiti in cui la sua epoca vorrebbe costringerla e annuncia il contenuto del futuro”, così anche la cura volge lo sguardo avanti, ponendo le basi per il suo futuro. Precedentemente l'insieme di tutti i rettangoli di colore bianco, nero, verde, marrone, azzurro e rosa posizionati sul lato sinistro della Composizione VIII li ho paragonati alla struttura, sia essa ospedaliera che ambulatoriale, in cui avviene la cura, ora quei due semicerchi che compaiono da dietro di questa composizione geometrica, li associo a due occhi che timidamente fuoriescono da dietro a tale “grattacielo” come a scorgere, senza farsi vedere, da dietro e scrutare che cosa ci sarà al di là di questa struttura. Uno scrutare, osservare timido, per volgere uno sguardo al futuro. Che cosa c'è oltre a ciò? Che cosa si nasconde? Due occhi che sembrano spalancati e sgranati (dall'ampiezza del semicerchio) quasi a dimostrare stupore per ciò che hanno visto.

È stato chiesto ai narratori come si immaginano il medico del futuro e come dovrebbe essere l'offerta formativa per gli studenti o gli specializzandi che intraprenderanno questo percorso formativo, poiché i cambiamenti determinano nuove problematiche e allo stesso tempo contribuiscono a far emergere professioni diverse e nuove. Si presume che gli studi di medicina non soltanto forniscano le conoscenze e le competenze tecniche richieste dalla loro futura professione ma anche indichino loro gli atteggiamenti e i valori che consentiranno di esercitarla correttamente. Il primo lavoro sistematico dedicato allo studente di medicina si prefiggeva di illustrare il processo di socializzazione all'opera degli studi medici da un punto di vista funzionalista. (Carricaburu e Menoret, 2007)

Rispetto a ciò i medici intervistati hanno affermato che l'offerta formativa attuale è inadeguata, eccetto che per un medico di medicina generale che narra la sua esperienza formativa molto positiva. I medici narratori portando in evidenza che i percorsi formativi

sono impegnati a trasmettere informazioni in dinamiche comunicative “a una via”, piuttosto che a promuovere percorsi di consapevolezza (La Mendola, 2009)

*“...in termini accademici già da moltissimo tempo da quando la medicina non può essere quella che un medico definisce, ma da quando la medicina, soprattutto la psichiatria, si interfaccia tra medico pazienti e territorio inviante, non è più quella di un accademico che conosce e questo è solo 40-50 anni che è già così e nel futuro? Nel futuro non ci sarà un'accademia che ti può spiegare come è la vita perché o se la trapianta dentro (ride) o vivi dentro il campus e diventi esperto di vita perché sei dentro il campus oppure la vedo dura, oppure l'accademia continua a fare l'accademia e la vita territoriale deve essere un'altra cosa. se devo formare l'uno e poi lui costringe la realtà a rispondere alle sue aspettative mi viene anche facile, ma se io devo formare uno che diventi esperto dove lo trovo? In accademia? Devo mandarlo per i quartieri di Caracas (ride). La formazione necessaria è molto più difficile...” (int.01, M, medico ospedaliero)*

*“...allora c'è da dire che nel mio percorso mi sono trovata molto bene, ho avuto la fortuna di avere dei bravi insegnanti anche per quello che riguarda la formazione di medico di base medicina generale e ricordo veramente con grandissima stima tutti i colleghi che mi hanno fatto diventare diciamo medico di base, che mi hanno dato gli strumenti per poter lavorare bene, che mi hanno fatto da maestri nel limite temporale dei soli 3 anni di specializzazione di medicina generale quindi per me non è necessario cambiare l'offerta formativa per il semplice fatto che adesso come adesso la scuola di medicina generale gli insegnanti sono medici di medicina generale e quindi insegnano loro in pratica ti spiegano come lavora un medico che invece lo è dal punto di vista accademico universitario dove c'è invece un percorso formativo di studio meno applicato più teorico che ritengo veramente tanto fondamentale perché chiaramente come posso dire l'infarinatura le nozioni teoriche devono esserci e sono fondamentali però per formare un medico e anche uno specialista cioè un qualsiasi specialista c'è bisogno di uno specialista stesso quindi per me per come è strutturata così come è stata fantastica...” (int.05, F, medico medicina generale).*

Alcuni di loro reputano la formazione attuale uno spartiacque tra la medicina del territorio e ospedaliera facendone un distinguo tra il percorso accademico e quello specialistico. In generale sostengono che i punti su cui andrebbe migliorata la formazione sono: avere dei corsi o soffermarsi maggiormente sulla formazione umana per avere più competenze psicologiche, sociali, comunicative finalizzati ad avere un approccio più globale magari anche potendo fare un tirocinio in ambito psicologico, ritornare all'austerità e alla selezione

*“...bisogna tornare alle lezioni in classe e bisogna tornare alla ai tirocini alle esercitazioni e a tutte le cose in presenza. E' brutto dire che io ricordo quegli esami in cui andavo e si apriva la botola sotto la sedia uno sì e uno no venivamo bocciati a prescindere da quello che sapevamo o non sapevamo e ci chiedevano magari il santo del giorno. Medicina è così e secondo me è anche forse giusto che sia così perché ti insegnano che per quanto tu sia preparato la vita la vita ospedaliera ti porta a delle cose che uno non si immagina e quindi anche la sconfitta va accettata anche se non è una sconfitta che dipende da te e forse questo ci hanno insegnato all'università o insieme a tutti gli altri concetti ai geni alle cose strane che dovevamo imparare quasi a memoria ecco, forse questo manca adesso perché con la scusa della carenza del personale si cerca di far andare avanti tutti senza senza tanta selezione e invece la selezione è giusta cioè è sbagliato il fatto di aprire le porte ed è giusto che siano pochi i posti di medicina perché servono la formazione sul campo che non riesci a garantire a tutti, cioè non sappiamo più dove metterci metterli i medici in formazione adesso perché sono troppi, non sappiamo cosa fargli fare non hanno le stesse possibilità di imparare che abbiamo avuto fino a una decina di anni fa perché eravamo decisamente di meno quindi io penso che questo deve ritornare cioè il concetto di dover preparare la persona sia a con le nozioni e sia con la parte pratica ecco e purtroppo questo lo puoi fare solo se ci sono meno persone, adesso sono troppi sono troppi e non si riesce e non è detto che aumentando i numeri si risolve il problema per cui secondo me bisogna tornare all'austerità antica della scuola medica, bisogna ritornare ad essere selettivi ecco questo sì, anche con il rischio di essere passati per snob per quello che si vuole però è meglio*

*formare poche persone bene piuttosto che formarne tante male questo sì perché la differenza la sto notando io...*” (int.10, F, medico ospedaliero)

più pratica (anche se per un medico lo è troppo teorica ma forse dipende da facoltà a facoltà) e durante la specialistica non essere demansionati o non considerati ma avere l’opportunità di fare magari potendo seguire un medico specialistica come esempio e potendo magari girare di più nei reparti in modo tale da fare più esperienza sul campo per completare la parte teorica

*“...La nostra è una formazione fin troppo tecnica e teorica e che non prende assolutamente in considerazione una serie di ambiti e in particolare diciamo quello legato alla comunicazione cioè nel senso ai medici non si insegna formalmente, ai medici si insegna formalmente anatomia le patologie studi le medicine la farmacologia tutto bello nessuno nessuno un giorno ti mette seduto al tavolino e ti dice “oggi ti spiego come si comunica una notizia infausta a un paziente” nessuno ci insegna come si comunica ad esempio un decesso. Tutto è tutto parte della...dell’autodeterminazione del medico, tutto ciò che è comunicazione in sanità non viene insegnato e questo secondo me è gravissimo è gravissimo perché invece la comunicazione appunto è fondamentale e quindi questo secondo me è come dire un tassello che nella formazione universitaria italiana è assente ma invece dovrebbe essere uno dei fondamenti di quello che ci viene insegnato di quello che diciamo dobbiamo imparare per poter esercitare la professione è un argomento carente carente carente...”* (int.07, M, medico ospedaliero)

*“...sicuramente l’offerta accademica è da rivedere nel senso che mi sono laureato nel 2016 per cui sono passati un po’ di anni ma so che adesso sono un po’ diverse le cose ma c’è forse poca attenzione su quello che è l’aspetto pratico nell’inserimento ecco professionale per cui spesso e volentieri siamo molto preparati in tutto quello che concerne la parte teorica ma poco su quello che concerne la parte pratica per cui un medico alle prime armi un medico neolaureato medico che spesso e volentieri non ha quella malizia quella capacità pratica che poi si acquisisce con il tempo o cosa che in altri Stati altre realtà si tende ad acquisire già dai primi anni insomma di formazione però è una cosa che ha dei contro nel senso che io...sono tutte cose che si possono colmare con il tempo con l’esperienza o comunque il saper muoversi nei confronti di un paziente sono cose insomma che si acquisiscono man mano ecco, è impossibile acquisire tutto con un corso accademico per cui sono cose che giustamente si ha bisogno di imparare col tempo. Per quanto riguarda il percorso specialistico spesso e volentieri è poco fruttuoso perché diciamo si è un po’ soprattutto i primi anni non considerati come effettivamente forza lavorativa ma spesso e volentieri demansionati a degli operai ecco, per cui forse c’è una poca attenzione su quelle che sono (si sente male audio) c’è un’attenzione su quella che è il medico giovane per cui si viene un po’ sfruttati e quant’altro facendo dei lavori che non sono prettamente medici però la formazione specialistica è buona però chiaramente ci sono degli aspetti che bisogna integrare o di smettere mai di studiare. Io ad esempio per i cavoli miei ho fatto un master in ecografia che è totalmente al di fuori dell’ambito formativo diciamo canonico ma diciamo insomma che sono tutte cose che fai per te nel senso che acquisisci capitale umano nel senso che anche per una spendibilità futura in ambito lavorativo e chiaramente aiuti il tuo assistito perché fornisci dei servizi che sono di livello superiore e soprattutto appunto lo fai per te stesso per una questione di interesse di cultura insomma una cosa che aiuta tanto poi per carità del mio percorso specialistico sono più che soddisfatto nel senso che non posso dire niente di male ma poi dipende da come tu affronti le cose perché se sei una persona che si spende si si fa sotto è un conto se sei uno che non ha tanta voglia di fare come qualsiasi lavoro...”* (int.09, M, medico di medicina generale).

L’antropologia positivista poggia sulla fondamentale distinzione tra conoscenza e credenze. La conoscenza esiste perché è vera. Le credenze non sono invece necessariamente corrispondenti alla realtà: occorre allora spiegare come possono continuare a esistere malgrado la loro illusorietà. Quella che oggi chiamiamo antropologia

medica nasce proprio con il superamento di tale prospettiva e con la volontà di trattare in modo simmetrico la nostra e le altre medicine. Non si tratta di assumere una come vera e corrispondente alla realtà, spiegando le altre in termini di illusioni e deviazioni dal modello: piuttosto di capire sia la nostra che le altre come modi complessi di affrontare il problema. (Dei, 2016)

Tendendo uno sguardo al futuro, è stato chiesto ai medici come saranno, secondo loro, le pratiche di cura e come s'immaginano il medico del futuro. Rispetto alle pratiche di cura, i medici vedono l'uso della tecnologia e della telemedicina sempre più presente portando così ad avere un maggior numero di tecnici

*“...lo sviluppo attuale è lo sviluppo di tecnici e quindi secondo me questo sta avendo un fortissimo incremento. Se ne stanno occupando persino di strumento di cura persone che non sono sanitari. I nuovi sistemi i nuovi sistemi di intelligenza artificiali temi di cura di riconoscimento diagnostico sia in medicina che in psichiatria non li fanno gli psichiatri. Li fanno gli informatici, gli ingegneri informatici e...quindi al momento noi abbiamo uno sviluppo rapido, molto rapido degli strumenti per fare delle cose. Io ieri con il visore UR ho visto un esempio di effettiva in cui sta diventando meno un gioco ma uno strumento per la formazione. C'era una bella..tavolo anatomico dove effettivamente partecipavi all'intervento, potevi viverlo dal vero l'intervento, non era un giochino con le plastiline i pupazzetti. Adesso c'è lo sviluppo degli strumenti ma non c'è assolutamente l'integrazione di uno strumento con l'altro o per lo meno la conoscenza dei tecnici dell'esistenza di questi strumenti, non c'è. Il futuro sarà misto: onlife come dice \*\*\*\* e quindi noi dovremo utilizzare. C'è uno sviluppo tecnologico ancora lontanissimo senza il media che ha lo psichiatra o il medico italiano, noi ormai facciamo interventi chirurgici di diagnostica per immagini affidata all'intelligenza artificiale e questo lo fanno i tecnici e non lo fanno i medici che si vedono la cosa servita su un piatto d'oro, di platino, ma in psichiatria andrà così, in psichiatria ci sarà, c'è uno sviluppo spaziale delle capacità di intelligenza artificiale di diagnostica di intervento. Esistono già interventi codificati, più di 10, prescrivibili con le mutue o con le assicurazioni come hanno loro. Per cui hai bisogno della prescrizione del medico per fare quell'intervento diagnostico, l'intelligenza artificiale che sono interventi sull'ansia sulla fobia sulla depressione....così andrà anche da noi medici che avranno strumenti meravigliosi e dovranno interfacciarsi con una generazione e mio figlio ne è testimone che ora penso che abbia il visore addosso e prima gioca con i Lego poi gioca con le figurine nello stesso pomeriggio e poi si mette il visore e comincia a parlare in inglese, che non sa, con gli stranieri. Noi avremo i problemi delle persone che vivono queste identità qua, questa modalità mista qui. Molti pazienti mi hanno insegnato termini che io pensavo deliranti con istinto omicida “Sì perché c'è l'hipe, lo spring..boh?” questo qua ha un neologismo psicotico e sono elementi delle loro frequentazioni social-digitali che io non ho quindi l'aggiornamento, no? dell'identità che le persone si costruiscono in questo modo su una vita super fluida e sarà un aggiornamento obbligatorio ma anche i prossimi medici cresceranno così perché sono meno datati di me e questo sarà uno sviluppo magnifico delle cose: medici adatti, psichiatri adatti alla psichiatria di quell'identità, non dell'identità strutturata psicodinamica ma all'identità fluida, super fluida degli anni che si stanno vivendo. Non sono tutti, come dicevamo prima, non siamo tecnici. Noi possiamo dare diagnosi, prescrivere, diagnosi che risalgono a sistemi di pensiero patologico, non patologico o psicodinamico o cognitivista o sistemico se va bene e fanno parte di una cultura del mondo molto vecchia...” (int.01, M. medico ospedaliero).*

Allo stesso tempo le relazioni saranno più difficili nel tempo soprattutto per il fatto che si saprà parlare sempre meno con il paziente tanto che un medico dice che sarà necessario agire di tattica. Un medico di medicina generale sostiene la necessità di investire in corsi per dare maggiori servizi ai pazienti anche se, secondo un collega sempre del territorio, le cure del futuro saranno solo per coloro che potranno farvi fronte economicamente.

## Il medico del futuro assumerà diverse caratteristiche: per alcuni sarà un consulente

*“...come un consulente, un consulente esperto di molte cose, non più quello che detiene la verità assoluta lui fa la diagnosi, dice come è la cosa, la definisce non come lui conosce perché basta Google per tirar fuori qualsiasi altra cosa. Un consulente il cui...la cui formazione è tutta da pensare: o le pensi come un consulente tecnico con più cose di Google perché avrà intelligenze artificiali che lavoro molto più svelte di lui. Si leggono milioni di libri, Watson si legge milioni di libri in 0,4 secondi, Watson è un programma di intelligenza artificiale, dovrebbe essere anche un formato medico a una prospettiva umanistica nuova ed è quella che si sta costruendo adesso perché dovrà essere umanista perché essere un tecnico meglio di Google o meglio di Watson ma potrà essere un esperto di letture di fatti umani solo che vivrà dei fatti umani e deve vivere i fatti umani per capire e deve vivere i fatti umani per capire il periodo che attraversa e quindi sarà una formazione di consulenza dall'alto al basso, sarà una formazione di consulenza la cui selezione non è semplicissima, non basta fargli frequentare un po' di social per dire che è capace di queste questioni umanistiche...” (int.01, M, medico ospedaliero);*

altri lo vedono “internazionale”, che lavora in team avvicinandosi ad altre figure come lo psicologo, l'assistente sociale, il medico ospedaliero

*“...allora penso che diciamo i medici del futuro siamo già noi, noi della nostra generazione quelli che hanno studiato diciamo per arrivare dove sono che hanno fatto una specializzazione lunga. Io parlo per medicina generale ma posso pensare anche agli specializzandi perché adesso le scuole di specializzazione sono più rigide rispetto a una volta dove bastava frequentare il reparto un po' di anni e automaticamente diventavi specialista e adesso no. dico che siamo noi perché poi siamo nati con i mezzi di comunicazione informatica in mano quindi sappiamo usare benissimo il computer sappiamo usare tutti i canali di comunicazione, mi immagino il medico del futuro molto più come posso dire passami il termine internazionale cioè legato al territorio ma capace anche di confrontarsi con altre culture o semplicemente con altre provenienze geografiche e me lo immagino e mi auspico che possa essere parte di un team e non più il medico singolo il medico di campagna il medico della mutua ma quello che nella mia fantasia il punto di salute quindi la figura di un medico vicina allo psicologo vicino all'assistente sociale vicino a qualche specialista e parlo del territorio ma anche dell'ospedale quindi che si vengano a creare magari dei team più che il lavoro del singolo. Questo per quello che possa essere il futuro e magari non più il medico di base come riferimento ma appunto creandosi questo team una specie di mini punto di salute appunto in cui uno va esprime il proprio bisogno non cerca più la persona ma cerca una figura che possa soddisfare quel bisogno...” (int.05, F, medico di medicina generale)*

*“...il futuro per me come per tutti i medici di base un po' la realtà che abbiamo noi, perché penso che ci lavora in un gruppo di medicina integrata in cui siamo diversi medici e in cui assicuriamo la copertura di 12 ore al giorno dalle 8 alle 20 e dalle 20 alle 8 nella stessa sede c'è la guardia medica. Abbiamo gli infermieri e abbiamo la segreteria attiva tutto il giorno; quindi, se non ci siamo noi tot ore al giorno, non ci sono io per i miei pazienti tot ore al giorno, se hanno un'urgenza c'è il collega e secondo me è così che dovrebbe funzionare perché è giusto. Allora da una parte è giusto che i pazienti abbiano l'assistenza sanitaria assicurata quando ne hanno bisogno per qualsiasi urgenza, dall'altra parte è giusto che anche noi abbiamo una vita per cui io non posso essere...non posso essere umanamente disponibile 12 ore al giorno per i miei pazienti. Quelli che lavorano da soli fanno molta più fatica di noi perché vengono contattati a tutte le ore, vengono contattati al cellulare quando sono a pranzo, a cena, alla sera tardi, alla mattina presto, non possono neanche farsi una doccia o stare con i bambini etc. per cui io vedo il futuro della medicina generale un po' come è già da noi però purtroppo sono poche...sono pochi i gruppi che sono stati creati con questa modalità...” (int.02, F, medico di medicina generale).*

Un medico ospedaliero invece vede il medico del futuro come un burattino

*“...mi dispiace dire che lo vedo sempre più un po' come un dire un burattino nelle mani di famigliari cioè pazienti o famigliari che reputano magari la sua esperienza o il suo modo di fare alla pari di come si dice spesso “un mio cugino mi ha detto che bisogna fare così” e si vede sempre più spesso il peso di quello che dice il medico e quello che dice una persona X alla pari e appunto vedo che l'esperienza che, non parlo del mio campo che non ne ho tanta, però per esempio di un medico di lunga data che sicuramente ha viene paragonata invece a quella di persone che non sanno neanche di cosa stanno parlando ecco...” (int.06, F, medico ospedaliero)*



mentre altri lo vedono come un burocrate, un tecnico, più attento alla cronicità

*“...Il medico del futuro purtroppo me lo immagino visto come siamo messi adesso il medico del futuro me lo immagino sempre più burocrate innanzitutto perché ormai diciamo fra virgolette non facciamo più i medici nel senso che intanto facciamo i passacarte tutti variabilmente inevitabilmente. Il medico del futuro me lo immagino non lo so, io penso che la sanità finirà col piano piano depauperarsi di tutte le cure mediche. E' un dato oggettivo che in Italia in ospedale non ci vuole più lavorare più nessuno. Il medico del futuro probabilmente sarà una specie di contractor di medico che viene preso da varie parti del mondo che viene che è attirato a lavorare da noi solo esclusivamente per il discorso economico e questo è già un dato presente in Italia e questo ovviamente come dire appunto andrà ad inficiare ancora di più sul percorso assistenziale sulla capacità di cura che si diciamo si eroga ai pazienti. Quindi secondo me il medico del futuro non sarà un buon medico. Già lo vedo oggi e secondo me andrà solo che a peggiorare...” (int.07, M, medico ospedaliero)*

*“...il medico del futuro avrà a che fare con la cronicità molto più continua rispetto a quella che è adesso nel senso che l'invecchiamento della popolazione il fatto che c'è sempre più denatalità fa sì che in pochi anni la popolazione italiana sarà una popolazione maggiormente composta da persone fragili per cui hanno un bisogno assistenziale importante, quindi quella che è anche la proposta del PNRR quella di andare a destinare dei soldi dei finanziamenti su quella che è la gestione territoriale di quella che è il paziente cronico per cui istituendo quelli che sono gli ospedali di comunità moltiplicandone le sedi e andando a spostare comunque quella parte di risorse sia economiche che in termini di capitale umano all'interno appunto di questi ospedali che saranno poi a dirigenza del medico del territorio sono un po' una spia di quello che sarà poi il mestiere del medico quindi un medico molto più attento a quella che è la gestione del paziente cronico paziente complesso e nel territorio quindi senza andare ad intasare gli ospedali che saranno invece utilizzati per le acuzie quindi per tutte quelle situazioni di emergenza/urgenza o degli approfondimenti specialistici per cui questo è un po' come lo vedo un medico del futuro. Forse un medico più in gruppo rispetto a quello che è stato in passato, un medico che lavora con un network di professionisti quindi non come una volta e parlo del medico di famiglia che era un cane sciolto sul territorio un lupo solitario che faceva quello che voleva con il suo ambulatorio con le sue regole, me lo vedo molto più interconnesso con i colleghi insomma. Almeno questo è quello che tendo a vedere nei nei colleghi giovani che ci si tende un attimo ad aiutare ci si tende ad unire in realtà ecco in gruppo in modo tale da avere anche un confronto e anche a livello motivazionale molto utile confrontarsi con persone giovani che hanno il tuo stesso modo di pensare per cui ecco me lo vedo più come un medico in rete sulla gestione della cronicità del paziente complesso, per cui è quello quello che vedo negli anni...” (int.09, M, medico di medicina generale)*

altri se lo immaginano distrutto e appesantito

*“...momento il medico del futuro è distrutto. Se senti in generale il pensiero fisso è di andare via in pensione. Io ogni volta dico non c'arriverò alla pensione ormai arriviamo a tarda età e moriamo prima di stress neanche ci penso alla pensione. Il futuro è negativo del sanitario, si porta ancora secondo me quella stanchezza cronica che si è cronicizzata e mai sfogata con i modi giusti dovuti del covid e le aggressività che sono all'ordine del giorno una burocrazia che ti schiaccia sistemi che pretendono e quindi il medico che povero è sfatto e quindi sicuramente lo vedo un medico appesantito che ora come ora per carità i giovani hanno la speranza e la voglia di fare e confidiamo nei giovani ma quelli di mezza età non vedono l'ora di andarsene. Quindi diciamo se in questo momento ti devo proprio descrivere la vedo in maniera un po' triste la cosa, negativa...” (int.11, F, medico ospedaliero)*

ed infine preparato e abile con gli strumenti informatici. Un medico diverso da quello che è ora anche se alcuni non riescono a delinearne le caratteristiche

*“...chissà se ci sarà ancora! non lo so...in futuro io purtroppo vedo un grande distacco rispetto ai miei colleghi giovani cioè io non mi identifico non identifico la me stessa in questi colleghi di 25 anni perché purtroppo seguono...seguono...ci sono gli specializzandi anche nel mio ospedale e ormai sono 15 gli anni di differenza rispetto ad alcuni di loro e non mi ci ritrovo ne per come sono ne per come studiano ne per come rispondono ne per come si comportano e quindi non so cosa sarà la medicina, so solo che loro potranno essere i medici che cureranno me e mi fa schifo quindi non so cosa diventeremo cosa diventerà la medicina,*

spero che non siano tutti così perché io ho esperienza solo di 5 persone diverse in 6 mesi ma la cosa non mi piace cioè proprio un altro un altro modo di fare medicina di essere medici sta uscendo e questo covid ha spersonalizzato tanto perché la maggior parte di loro ha finito i corsi di studio con lezioni online e facendo esami online e discutendo anche la tesi online cioè tutto attraverso apparecchi e si vede purtroppo si vede perché magari hanno anche qualche nozione ma hanno perso quella che è l'umanità prima cosa e anche la voglia di essere il medico in ospedale perché purtroppo il nostro non è un lavoro che ha un orario di inizio e fine uno entra ma poi non si sa mai quando si esce perché anche se dovresti finire alle 3 non è mai le 3 le 4 le 5 se non è alle 8 di sera è alle 10 cioè non c'è mai un orario invece per loro è tutto come se fosse scadenziato da un meeting sul computer alle 8 e 30 ci si collega alle 10 bisogna aver finito ed è terribile questa cosa, purtroppo il lavoro non è così e dovranno accettarlo e rendersene conto piano piano, il problema è che chi non è mai stato abituato e abituati come loro fa fatica ad identificarsi quindi io non so spero che prima o poi ritorneremo al concetto di medicina che non è corretto neanche questo cioè quello del dedicarsi spassionatamente perché ovviamente tutti abbiamo una vita fuori dall'ospedale e chi più e chi meno tutti abbiamo degli impegni fuori ed è giusto averceli però non è un lavoro ad orario non è un lavoro semplice ecco a me sembra che quei quelle più giovani di me non hanno capito questo perché proprio non hanno mai frequentato l'ospedale non hanno idea e quindi spero che se ne rendano conto se no è finita, è l'inizio della fine..." (int.10, F, medico ospedaliero).

Alcuni medici, invece, individuano le caratteristiche del medico del futuro, che loro stessi si auspicano che avrà. Vorrebbero un medico che lavora in gruppo, non interscambiabile, con principi umanitari, con più competenze in ambito psicologico

"...sicuramente mi auguro che non tolgano quello che di buono secondo me.....sicuramente la figura del medico di famiglia o comunque parlo del mio ruolo del medico di medicina generale sicuramente è una figura che in qualche modo dovrà evolversi, ci sono sicuramente delle criticità e quindi sicuramente mmmm....ci dovranno essere dei cambiamenti però spero che questi cambiamenti non siano a discapito di quella che era veramente secondo me il punto di forza della medicina generale cioè nel senso che spero che non tolgano quello che rimane di bello della medicina generale ma che la migliorino casomai e non la peggiorino nel senso che spero che sicuramente venga...non venga tolto il rapporto mmmm....il rapporto di....come dire....mmmm... il rapporto di fiducia il rapporto di fiducia che è un rapporto fatto di una relazione che si costruisce nel tempo quindi di una relazione mmmm....una relazione....mmmm...come si dice....una relazione....non mi viene il termine....una relazione mmmm.....mamma mia non mi viene il termine....nel senso una relazione la relazione col medico di famiglia attuale è una relazione che si costruisce nel tempo fatta di piccoli passi incrementali di volta in volta nel senso che tu conosci il paziente un po' alla volta aggiungi notizie o informazioni sul paziente un po' alla volta man mano che il paziente cambia cresce invecchia gli succedono i fatti della vita quindi è un rapporto che si costruisce mattoncino per mattoncino un po' alla volta. Questo è reso possibile dal fatto che il medico di famiglia è uno e non è intercambiabile mmmm...e quindi è una figura fissa che rimane nell'arco della vita e che è quello cioè il medico di fiducia scelto dal paziente ok? se invece stravolgersero la figura della medicina generale facendolo diventare semplicemente un ambulatorio di codici bianchi ok? perderebbe la sua natura quindi è vero che ne so se uno ti viene per la tosse e la febbre lo potrebbe visitare anche il mio collega o anche un altro medico ma quello che fa la differenza è essere sempre lo stesso che nell'arco della vita vede lo stesso paziente che oggi magari vieni per la tosse e per il raffreddore però magari parlando della tosse e del raffreddore ti chiedo "come va a casa che so che avevi un mese fa il problema con tuo figlio?" e magari mi dice "ah si bene bene si è risolto" bon magari la volta successiva vieni perché invece c'hai una sindrome ansiosa perché tuo figlio che ne so ti ha dato dei problemi delle difficoltà, la volta dopo magari vieni invece c'hai dei sintomi e si scopre sfortunatamente che c'hai una malattia grave magari una neoplasia e magari si instaura un rapporto di cura su quello, magari poi andando avanti con l'età viene fuori che...cioè quello che voglio dire è che tu inizi a conoscere il tuo paziente piano piano nel corso della vita lo conosci come persona lo conosci la famiglia conosci le sue resistenze conosce i suoi valori conosci cosa gli è successo quali sono i suoi punti di forza e di fragilità e questo ti consente sia di fare prevenzione perché hai degli strumenti che ti consentono di sapere chi è più a rischio per certe cose per certe patologie e per altre no e sia anche di di mmmm....sai anche...cioè....puoi anche fare molto per aiutarlo a comprendere delle cose di salute per esempio se anche lui ha imparato a fidarsi di te sarà più propenso eventualmente ad aderire a certe terapie o magari a fare certi esami che ne so una colonscopia che magari non gli sarebbe piaciuto fare quindi mmmm....e soprattutto ecco anche a livello sanitario porta a una gestione più razionale anche della spesa sanitaria perché tu che lo conosci nel tempo sai anche che visite ha fatto che cosa non ha fatto che cosa ha avuto cosa potresti fargli fare perché non ha mai eseguito cosa invece non ha senso

*fargli ripetere perché hai già dei referti precedenti. Invece se snaturassero questa figura con un cambio continuo nel senso che tu vai accedi all'ambulatorio della casa della comunità oggi c'è Cristina domani c'è Enrico domani c'è Serena dopodomani c'è Gregorio dopodomani c'è Stefano ok? ovviamente non si può costruire questa conoscenza quindi si tu curerai la tosse curerai la febbre curerai il sintomo ma non avrai mai una visione globale del paziente quindi si verrebbe a perdere quella che è l'unica figura attualmente esistente che comunque, con tutte le problematiche la fretta il poco tempo l'estrema burocrazia che toglie tempo al dialogo tutte le problematiche per carità ci sono, però è l'unica figura sociale rimasta secondo me che unifica in qualche modo quella che è appunto l'idea di salute globale della persona. Che poi sia, io sono la prima per dirti che consiglia lo psicoterapeuta quando vedo che un paziente ha delle difficoltà emotive, son la prima che invia ok? che invia allo psicoterapeuta che invia all'educatore che invia allo psichiatra che invia dal cardiologo che invia dal neurochirurgo che invia dal fisiatra dal fisioterapista dall'osteopata però hai in mano l'idea globale di come sta andando quel paziente e se viene a mancare anche questa figura secondo me nella società siamo alla frutta nel senso che si viene a perdere cioè si viene a spezzettare in iper iperspecializzazione l'idea di salute globale della persona quindi si va a perdere definitivamente questa parte qui. Ecco io mi auguro che questo non venga perso, è un po' il timore che tutti noi medici di famiglia abbiamo, che un po' venga...che si vada per prestazioni ok hai la febbre toh hai il medico che ti risolve in quei 10 minuti il problema sintomo tosse febbre, hai il problema della tallonite vai da quello che ti risolve in quel momento la tallonite hai il problema al ginocchio vai da chi ti risolve il problema al ginocchio ma che manchi poi la visione globale di una persona. Il nostro timore è di diventare dei piccoli pronto soccorsi per codici bianchi e quello snaturerebbe quella che è la bellezza e la potenza della figura del medico di famiglia che dovrebbe avere un altro senso, di non curare la malattia ma la persona cioè di prendersi cura della persona...magari il costruire dei percorsi di equipe, quello sì, dei percorsi magari in cui il medico sia meno isolato e possa confrontarsi il medico di famiglia confrontarsi di più con altre figure, questo sì, o usare di più certi mezzi per esempio l'ecografia l'elettrocardiogramma sì anche in collaborazione con altre figure e meno burocrazia meno burocrazia delegare la burocrazia ad altri più amministrativi e lasciare noi medici la parte più medica appunto del prendersi cura e non fare carte..." (int.13, F, medico di medicina generale)*

Ma il futuro non può essere rappresentato dal colore nero poiché “è un nulla privo di possibilità, come un morto nulla dopo lo spegnersi del sole, come un eterno silenzio senza futuro e senza speranza...” (Kandinskij, 2022 pag.114); il futuro è colore, è speranza, sono più possibilità. Il nero è qualche cosa di spento, come un rogo combusto fino in fondo, qualche cosa di inerte come un cadavere, che è insensibile a tutto ciò che gli accade intorno e che lascia che tutto vada per il suo verso. È come il silenzio del corpo dopo la morte, dopo la conclusione della vita, sul quale però ogni colore acquista un “suono” più forte mentre sul fondo bianco quasi tutti i colori perdono in intensità e molti si dissolvono completamente. Lasciando dietro un suono fioco, indebolito. Ma la cura, anche se appare con un futuro dipinto con il colore nero, è proprio su questo sfondo così buio, cupo che prendono intensità i colori che la rappresentano in tutta la sua bellezza; se invece, come riportano i racconti dei nostri medici, la cura è tinta di nero, parla su uno sfondo bianco ci permette di capirne il significato perché il bianco è come un silenzio; è un nulla giovane, un nulla anteriore al principio, alla nascita.

Per guardare meglio verso il futuro, anche se appare difficile, tinto di nero, bisogna tenere l'occhio aperto e l'orecchio vigile perché solo in questo modo si trasformeranno le più piccole scosse in grandi esperienze. (Kandinskij, 2020)

#### 4.3.8. Opinioni

Un po' come si chiede a un critico d'arte che cosa ne pensi del tema trattato dalla mostra e delle opere esposte, così ho chiesto ai medici la loro opinione in merito a due concetti: benessere e cura che sono i fili conduttori di tutto il lavoro.

Il corpo, la salute, e i processi di guarigione stanno al centro di quel settore della disciplina che va sotto il nome di antropologia medica. Il senso comune ci abitua a pensare a noi stessi come composti di un corpo, di una mente e di una rete di rapporti sociali; e a considerare queste tre sfere come autonome e nettamente separate l'una dall'altra. Ora, nella prospettiva antropologica il rapporto tra queste tre sfere è un po' più complesso, e implica reciproche influenze. Si potrebbe dire che il corpo e la mente non sono già dati prima e indipendentemente dalle relazioni sociali. La cultura è il tessuto connettivo tra queste sfere della vita umana. Ciò significa che non è possibile comprendere il corpo e la mente senza tirare in ballo aspetti sociali, politici e culturali. Nella medicina contemporanea si parla adesso del corpo come di una cosa in un mondo di cose. Margaret Lock e Nancy Scheper-Hughes (1987) individuano tre dimensioni del corpo: sociale, politico e personale. Il corpo sociale è quello di cui parla l'antropologia simbolica, appare "un peso morto, inerte, passivo, attaccato a una mente che è invece vivace, attenta, nomade e che rappresenta il vero agente della cultura" (Scheper-Hughes, 1994, pag.231). Sarebbe dunque la mente a usare il corpo per esprimere ruoli e relazioni sociali. Il corpo politico invece è quello plasmato dalle relazioni di potere. (Dei, 2016)

Un medico intervistato sostiene che la cura, nel significato del suo termine, deve essere ridefinita:

*"...proponi che si sappia bene che cos'è la cura, ma penso che non si sappia bene che cos'è la cura. io propongo che...noi stiamo all'interno di una vecchia definizione sanitaria che poi io rappresento perché medico sessantatreenne in cui la sanità è una cosa e la cura e il prendersi cura Basaglia le ha messe insieme ma in realtà prima erano molto diverse, erano divise e adesso soprattutto la psichiatria sta diventando un prendersi cura delle persone anche se di psichiatrico non c'hanno un tubo ma loro continuano ad avere una definizione sanitaria del dover star male. Io sono per una ri-definizione delle basi cioè i vocaboli, so che non succederà ma me ne fregherò ma dirò che il sistema è molto viziato. Noi stiamo trattando questioni, boh, qualche volta filosofiche, qualche volta psicologico-esistenziali qualche volta di nessun rilievo o sociale e basta. Stiamo trattando liti di condominio, liti fra coniugi o crescite adolescenziali impulsive come se fossero malattie ma non sono questo. Quindi io credo che la cosa sarebbe essenziale sarebbe ridiscutere che cosa si intende curare e secondo quale paradigma epistemologico. Le impulsività, le incertezze, le tristezze degli adolescenti, non sono depressioni o disturbo del controllo degli impulsi, sono problemi degli adolescenti dal paleolitico fino al dopo domani. Il fatto che ci metta addosso un'etichetta diagnostica non è che mi aiuti a capire di più o a trattarle meglio. Ecco io dovrei...mi piacerebbe veder ridiscusse queste premesse. Sempre più spesso noi veniamo chiamati ad ingerire i dissidi fra sé e sé, fra coniugi, fra generazioni. C'è questione di ordine pubblico, di ordine rispetto interpersonale ma non sono malattie. Non puoi applicare il paradigma malattia a questo. Lo fanno e chiedono di continuo*

*che siamo noi a trattare sta roba, mah...ecco io penso che un a ridefinizione varrebbe la pena averla in questo ambito qui*

*I: quindi ridefinire anche il termine cura e che cosa si intende per cura e anche di malattia...cosa consideriamo come elementi che ci fanno definire questa è malattia o non lo è e debba essere trattata in altre situazioni*

*M: sì, le norme di dibattito culturale che noi vediamo solo l'esito. La morte è una malattia, per gli europei la morte è il procedere naturale delle cose. Se qualcosa non va vuol dire che c'è un errore nel sistema. Per me no, se c'è qualcosa che non va fa part del sistema..." (int.01, M, medico ospedaliero).*

Un terzo dei medici e tutti di medicina generale sostengono che la cura è globale, a 360°, un insieme di cose poiché vi è la cura del corpo e la cura della mente, la cura è la ricerca del benessere psico-fisico:

*"...cura deve essere un termine inteso a 360 gradi, quindi cura per me è sia il prendermi cura dal punto di vista medico del paziente, assistenza sanitaria sostanzialmente ma cura deve essere anche prendermi cura del benessere psicologico, dello star bene del paziente, della persona, ok, nella persona in sé e nella persona nel suo contesto, nella sua famiglia, quindi per me cura deve essere a 360°..." (int.02, F, medico di medicina generale)*

Altri cinque medici, di cui tre lavorano in struttura ospedaliera, definiscono la cura come l'occuparsi di qualcuno, prendersi in carico la persona come un atto verso l'altro perché ci si preoccupa della sua salute, del suo benessere al fine di ritrovare un equilibrio:

*"...intanto cura vuol dire amare qualcuno, tenerci a qualcuno secondo me, e sono tante forme di amare, anche un solo sorriso in quei giorni in cui non prescrivo nulla, tantissimi mi ringraziano per il mio buon umore per il mio sorriso, cioè quando io ho il paziente davanti mollo tutto e mi focalizzo solo su lui, improvvisamente divento psicologa, filosofa e prendersi cura di qualcuno significa fargli, dargli l'impressione che c'è qualcuno che si occupa di lui, pronto a lasciare tutte le sue armi, cioè come si dice... togliere i veli, dare tutto, mettere sul sul tavolo sul piatto il nocciolo del problema perché uno va a vedere il medico? Perché ha un problema? Che sia fisico o che sia psicologico e quindi penso di, appunto, prendersi cura o il termine cura secondo me è un sinonimo di amare qualcuno, farlo sentire..." (int.03, F, medico di medicina generale)*

*"...sono tanti gli aspetti di cura e qua mi attacco perché la cura non è solo quella della malattia ma la cura della persona cioè a volte ci si attacca alla malattia così tanto perché magari non so si è appassionati di quella malattia e poi ci si rende conto che si sta curando la malattia e non la persona ed è diff...e quando tu capisci questo ti fermi prima ti fermi prima nel processo di cura perché a volte accanirsi tanto porta solo a tanta sofferenza in più..." (int.10, F, medico ospedaliero)*

*"...la cura è un po' il prendersi cura che la cura. Nel senso che è un po' fatta di tanti aspetti che son sicuramente l'aver uno spazio dove il paziente può sentirsi accolto eeeee...un tempo purtroppo il tempo è sempre meno perché i pazienti sono sempre di più e la burocrazia ci toglie sempre di più tempo che per la cura vera del paziente che è l'ascolto principalmente e l'ascolto che tante cose vedo che si risolvono con quello spesso eeeee...poi ecco capire quelle che sono un po' quelle....prendersi cura capire un po' quelle che sono le esigenze del paziente a secondo un po' di quella che è la sua la sua storia il suo vissuto o il suo feedback nel senso che tante volte appunto non sempre risolti...cioè il paziente viene con l'idea per esempio con dolore o che ha un sintomo ma quel sintomo è solo la punta dell'iceberg perché quel paziente magari ha bisogno di essere rassicurato o magari non ha capito bene che cosa gli ha detto lo specialista perché magari lo specialista glielo ha detto frettolosamente quindi lui magari ha bisogno...quando lo specialista in quei 10 minuti che glielo ha detto non ha capito niente e quindi quanto è uscito dall'ambulatorio ti dice "mamma mia cosa mi ha detto, non mi ricordo niente" e quindi vengono da te con il referto per una seconda una seconda spiegazione o hanno bisogno di essere appunto rassicurati o hanno semplicemente bisogno di sfogarsi perché hanno paura hanno dolore o sono affranti per delle loro situazioni di salute fisica o anche emotiva. Quindi ecco la cura è un insieme di cose è un insieme di cose in cui c'è sia la cura*

*del dolore fisico del sintomo fisico la malattia ma anche del di quegli che sono gli aspetti che sicuramente più emotivi relazionali della persona insomma...*” (int.13, F, medico di medicina generale).

La cura non è solo medica, sanitaria o fatta di farmaci ma è anche la qualità della vita dell'individuo in quanto non si cura la malattia ma la persona; la cura è la guarigione, il togliere i problemi di una persona secondo un medico ospedaliero. Un po' come porre l'attenzione a tutto ciò che compone, entra a far parte di un'opera artistica considerandola non solo nel suo aspetto finale in cui si mostra, ma nella sua completezza fatta della sua stessa materia e del contesto in cui è sorta e dalle mani di chi l'ha ideata e creata.

I medici, inoltre, ne definiscono la salute talvolta utilizzandola come sinonimo di *benessere*. La salute è per la maggior parte dei narratori, il benessere psico-fisico, la definizione che hanno imparato nei banchi di scuola poiché è la stessa definizione che ne dà l'Organizzazione Mondiale della Salute:

*“...mi hanno sempre insegnato che la salute è il benessere della persona a 360°, la salute è sia fisica che soprattutto mentale e le due cose vanno strettamente a braccetto e ancora me ne rendo conto tutti i giorni giorno per giorno e quindi io definisco salute lo stato di benessere psico-fisico della persona che ripeto è molto soggettivo, ci può essere una persona in sedia a rotelle che si definisce in ottima salute e la persona che fa la super modella bellissima e sanissima che però dentro ha una grandissima depressione e non si sente bene...”* (int.05, F, medico di medicina generale).

Ma la salute è anche intesa nei vari aspetti che la compongono come il benessere fisico, emotivo, sociale, familiare, amicale, lavorativo, ambientale

*“...Io credo che la salute è l'insieme delle componenti che determinano poi la persona insomma che funzionano nel miglior modo possibile non dico ottimale, che sono componenti come dice l'organizzazione mondiale della sanità sia di tipo sanitario ma anche di tipo relazionale di tipo sociale ma credo che la salute è anche creare un ambiente in cui si può stare bene un ambiente che non sia inquinato etc. Ci sono quindi molte componenti che vanno al di là dell'aspetto solo sanitario o solo psicologico ci sono anche altre componenti insomma che sono queste più globale ecco più un insieme. L'insieme di tutte queste componenti in maniera che la persona possa vivere la sua vita nel miglior modo possibile rispetto alle caratteristiche delle sue esperienze e rispetto alle sue potenzialità perché non è che tutti possiamo avere abbiamo le stesse caratteristiche no?...”* (int.08, M, medico ospedaliero)

*“...anche là la salute è un benessere a 360° non è solo medico ma relazionale anche mentale anche psicologico anche affettivo anche spirituale non è solo del corpo perché comunque il corpo non è staccato da tutto il resto per cui io sono l'attore sto a casa tutto il giorno faccio il segnapochi faccio le (si sente male l'audio) male che mi venga il diabete che diventi obeso e che abbia problemi di ipertensione viceversa se ho tanti amici vado fuori sono contento magari tenderò a non aver cioè stare meglio a non avere...poi ovvio che non basta però comunque è tutto collegato non che (audio si sente male) benessere malessere non è solo fisico...”* (int.12, F, medico ospedaliero)

*“...il benessere il benessere anche questa è un insieme di cose nel senso che non è un...almeno mi accorgo sempre di più che il benessere non è fatto di salute soltanto fisica ma è un insieme di salute fisica sicuramente perché il corpo un corpo un corpo sano un corpo che sta bene sicuramente aiuta anche a stare bene emotivamente ma non è non è non è l'unica cosa sufficiente perché la persona stia bene nel senso che ci sono persone (audio non si sente) magari perfettamente sane dal punto di vista fisico e anche emotivo magari nel senso non hanno patologie mentali o eeee.....però....mmmm...magari non sono serene o hanno delle difficoltà o hanno delle problematiche familiari o....quindi insomma il benessere è*

*sicuramente fatto di una salute fisica ma anche emotiva sociale familiare lavorativa amicale ambientale insomma sicuramente...*” (int.13, F, medico di medicina generale)

Solamente un medico definisce la salute come “l’assenza di necessità di cure”.

Al termine delle interviste, successivamente alla domanda di chiusura del momento di dialogo, tutti i medici hanno dato un feedback positivo rispetto a questa esperienza di narrazione. Hanno espresso la loro soddisfazione sia in merito agli argomenti e alle tematiche trattate, sia per l’occasione e l’opportunità di poter dialogare, narrare, raccontare e raccontarsi

*“...e’ stata estremamente soddisfacente per me e infatti consiglierò ai miei colleghi di farla. È una bella panoramica che uno fa di sé stesso rispondendo e dialogando con te. Bellissima panoramica della propria esperienza. Semmai ci sarebbero molte altre cose da approfondire perché piace l’argomento in sé stesso. Suggerimento che ti do è di essere, per esempio sull’etica, più precisa nella richiesta perché per etica si può intendere diverse cose. Esistono i protocolli che dicono cosa fare ma esiste l’etica della definizione di che cosa è la sanità, che cosa si occupa la sanità, che cosa è l’autorità, l’autorevolezza e possono dare interpretazioni diverse. Però è molto soddisfacente come dialogo...”* (int.01, M, medico ospedaliero)

Oltre la metà del gruppo dei medici narratori ha colto l’occasione della domanda di chiusura per fare alcune precisazioni su quanto narrato precedentemente, oppure per aggiungere qualche contenuto come un voler porre l’ultima pennellata, quell’aggiunta di particolare in quella Composizione che avevano appena realizzato.

*“...io spero di esserti stata di aiuto perché non sono molto brava in queste cose, in queste interviste perché sono una persona molto scientifica appunto e quindi faccio fatica a parlare di queste cose però mi ha fatto piacere. Eeee....niente...una cosa che secondo me aiuta molto nel nostro lavoro è proprio l’ambiente-gruppo di lavoro perché niente di più...allora una grande differenza con i medici di una volta è che il medico di base di una volta era solo, era lui contro tutti sostanzialmente mentre adesso in un gruppo come il mio ci confrontiamo spesso tra colleghi, facciamo la pausa, facciamo la risata, ci sfoghiamo quindi questa cosa di avere un bel gruppo di lavoro unito e collaborativo è secondo me una cosa importantissima per riuscire a prendersi cura dei pazienti e per riuscire a prenderci cura anche di noi*

*I: è un momento in cui potete condividere le cose belle e quelle meno belle e allo stesso tempo allargarvi per avere quell’energia per poi poter prendere, poter continuare a prendere cura di quei pazienti che si presentano successivamente...*

*M: io non ci credevo, ma l’ambiente di lavoro, il gruppo di lavoro è fondamentale...”* (int.02, F, medico di medicina generale)

*“...io insisto sull’importanza del lato psicologico e anche un’altra cosa che sarebbe complementare, perché appunto tu mi hai detto che hai fatto gli studi di psicologia, un’altra cosa che sarebbe complementare a quella del medico è quella di consigliare, cioè di divulgare un pochino di più l’importanza di vedere uno psicologo. Cioè una persona che va da uno psicologo non è uno che ha dei problemi. E’ una persona che vuol prendersi cura di sé stessa e prendersi cura di questo aspetto e magari grazie a un buon seguito, una buona cura o seguito, come lo si vuol chiamare, di uno psicologo magari molte malattie non ci sarebbero...”* (int.03, F, medico di medicina generale).

Un medico del territorio e uno ospedaliero si sono soffermati rispetto alla relazione con il paziente:

*“...no è stato approfondito e toccato un po’ tutti gli aspetti anzi in maniera anche profonda, sai non ci si è limitati solamente alla cura alle cure sanitarie ma abbiamo allargato gli orizzonti alla cura della persona alla relazione alla tipologia di relazione no? col paziente o con la persona che magari non è detto che sia paziente ecco quindi mi sembra che abbiamo affrontato da tutti i punti di vista professionale quindi ripeto la base la preparazione ci deve essere ma ci deve essere le qualità che ecco con il sistema italiano non tanto ancora vengono diciamo potenziate ecco perché magari uno ce l’ha ma ecco non sa di averle e non sa metterle in pratica...” (int.11, F, medico ospedaliero)*

Altri medici invece si sono preoccupati dell’esaustività dei contenuti perché si sentivano di avere un’esperienza diversa rispetto ai colleghi, mentre un medico ospedaliero ha ripreso una domanda relativa al periodo Covid:

*“...no no mi sembra di averti detto tutto spero di non averti spaventata ecco purtroppo io ho lavorato con i pazienti peggiori in questi anni e magari sono più provata se parli con qualche altro medico che ti parla meglio di alcuni aspetti ma io il bello non l’ho visto ecco. Questo ci tengo a dirlo...” (int.10, F, medico ospedaliero)*

Come detto precedentemente, qualche medico ha posto un particolare nell’opera, altri un’ultima pennellata e altri hanno rimarcato lo spessore delle linee precedentemente tracciate.

#### 4.3.9 Analisi del contenuto delle interviste dialogiche

Ho svolto un’ulteriore analisi del materiale raccolto andando più in profondità soffermandosi su alcuni aspetti a livello sintattico per poter dare gli ultimi ritocchi ai particolari della Composizione. Tutte le interviste dialogiche sono state considerate anche dal punto di vista della sintassi per creare una cornice entro cui porre gli aspetti emersi e sopra analizzati. Sono state analizzate l’inizio di ogni risposta alla domanda posta e gli stati emotivi narrati. Prima di analizzare la parte iniziale di ogni risposta, le domande sono state classificate in descrittive, narrative, proiettive. Le domande descrittive in generale hanno riportato una maggiore difficoltà e tentennamento di risposta tanto da avere un contenuto minore rispetto a quelle narrative in cui i medici si sono soffermati a raccontare aneddoti e spaccati di vita professionale e/o personale in particolar modo le domande in cui potevano parlare di sé in termini personale come la domanda riferita al percorso fatto per giungere alla professione di medico, oppure dell’esperienza di cura ricevuta. Sono state le domande che hanno avuto un racconto più ricco in termini di aneddoti, esperienze, episodi.

Le domande proiettive che sono di grande interesse, stimolanti e suggestive perché aprono a mondi possibili hanno invece sortito una difficoltà nella risposta, a volte non



riuscendo ad immaginare la figura del medico nel futuro come se vi fosse un blocco all'immaginazione, aver svuotato di speranza rispetto alla figura del medico.

Le domande che sono state spiazzanti e difficili per i medici narratori, in quanto riportano più balbettii e mugugni, sono quelle relative al processo di cura, la relazione di cura e bisogni. Non vi è una domanda in particolare, in nessuno di questi tre ambiti, che ha suscitato più balbettii o mugugni; mentre le domande che iniziano con un momento di silenzio sono relative alla cura e in particolare l'esperienza e la relazione di cura. la domanda che ha riportato un silenzio iniziale maggiore è: "Vorrei che mi raccontasse della prima volta in cui lei ha sentito di essersi preso cura significativamente di qualcuno fuori dall'ambito professionale" mentre per quanto concerne l'ambito della relazione di cura, la domanda relativa al setting ideale per la cura è stata quella che ha sortito un maggiore momento di silenzio iniziale.

Le domande in cui i nostri narra-attori si raccontano attraverso termini e spiegazioni concettuali sono quelle volte alle definizioni come ad esempio il concetto di "cura" e di "salute" ma è soprattutto quest'ultima che è stata definita come "da manuale". Questa è la narrazione del sé soprattutto per coloro che sono stati maggiormente plasmati dal modello di socializzazione del processo di razionalizzazione, ad esempio, coloro che hanno studiato a lungo.

Il ritmo della danza nella sua globalità è un ritmo incalzante indistintamente sia per i medici ospedalieri che di medicina generale, piuttosto si definiscono ognuno a suo modo personale, senza l'appartenenza a una o all'altra categoria e nemmeno rispetto all'età del medico o al genere e pertanto non è possibile tracciarne un profilo. Con ognuno di loro ho seguito il ritmo che loro decidevano di avere adeguandomi anche alla terminologia utilizzata. Ciò che è rilevante invece è il cambio di ritmo che avveniva durante il dialogo. Con ogni medico vi è stato un cambio di ritmo, ti "atmosfera" nel passaggio dalle domande personali a quelle relative al periodo Covid per poi avere un ulteriore cambio nel momento in cui veniva chiusa la parentesi di tali domande. Con le domande relative al periodo pandemico il ritmo si è fatto lento e a tratti pesante per poi riprendere leggerezza e velocità una volta usciti da questo blocco di domande.

Le loro "*stanze di vita quotidiana*" appaiono delicate, tinte con delle pennellate leggere dai toni pastello anche se a tratti decisive per rappresentarne le esperienze e le relazioni.

Sono stati, inoltre, analizzati gli inizi di ogni risposta data dai medici. Sono stati individuati i seguenti stili di inizio: esclamazioni (ad esempio mah, beh...), mugugni (ad esempio mmmmm, eeeee...), prendere tempo con l'utilizzo del vocabolo "allora", ripresa della domanda in modo affermativo, porre una domanda (sia essa esplicativa o di ricerca di conferma), silenzio, risata, sospiro. Dall'analisi del contenuto delle interviste è emerso quanto riportato nelle tabelle seguenti.

Nella tabella n.01 sono riportati gli stili di risposta e i medici di medicina generale usano maggiormente stili diversi rispetto ai medici ospedalieri. I medici narratori si differenziano soprattutto per la tipologia di stile che utilizzano per iniziare i loro racconti: i medici ospedalieri iniziano maggiormente con un'esclamazione mentre i medici del territorio si esprimono maggiormente con dei mugugni. Complessivamente i medici narratori utilizzano esclamazioni, mugugni e la domanda per iniziare i loro racconti.

STILE	MEDICO		TOTALE
	OSPEDALIERO	MEDICINA GENERALE	
AFFERMAZIONE	12	13	25
DOMANDA	17	11	28
ESCLAMAZIONE	18	12	30
MUGUGNI	8	22	30
PRENDERE TEMPO	7	15	22
RISATA	3	1	4
SILENZIO	10	6	16
SOSPIRO	0	1	1
<b>TOTALE</b>	<b>75</b>	<b>81</b>	

Tab.01 Stili di risposta – dati ricerca

Nella tabella n.02, in cui sono riportati gli ambiti di ricerca, gli stili di risposta sono utilizzati prevalentemente per raccontare l'esperienza di cura per i medici ospedalieri, mentre i medici del territorio iniziano i loro racconti stilisticamente in modo diverso in tre ambiti con lievi differenze: bisogni, relazione di cura ed esperienza di cura.

Quest'ultima è la sfera che riporta un maggior numero di stili comunicativi.

AREA DI RICERCA	MEDICO		TOTALE
	OSPEDALIERO	MEDICINA GENERALE	
BISOGNI	9	18	27
ESPERIENZA DI CURA	26	17	43
FUTURO	5	13	18
OPINIONI	6	7	13
PERCORSO PROFESSIONALE	2	1	3
PROCESSO DI CURA	11	9	20
RELAZIONE DI CURA	11	16	27
TECNOLOGIA	2	3	5
<b>TOTALE</b>	<b>72</b>	<b>84</b>	

Tab.02 Stili comunicativi per ambito di ricerca – dati ricerca

Un'ultima analisi è relativa alle emozioni e agli stati emotivi. Le emozioni ci aiutano a sopravvivere e ci predispongono all'azione e il soffermarsi su di esse è importante poiché esse si rivelano centrali per comprendere i processi che inibiscono o facilitano le possibilità di apprendimento e di comprensione dei soggetti sia a livello affettivo che cognitivo. La consapevolezza emotiva propone di ascoltare le emozioni e di farne uno strumento di relazione. (La Mendola, 2017)

Sono state rilevate tutte le emozioni emerse nei racconti dei medici, suddividendole in emozioni primarie (paura, rabbia, felicità, tristezza, disgusto e sorpresa) e secondarie e successivamente in emozioni positive e negative. Ogni emozione riportata è stata analizzata in relazione alla tipologia del medico, ossia se ospedaliero o di medicina generale. Le emozioni secondarie sono di gran lunga riportate in particolar modo attraverso i racconti dei medici ospedalieri. Quest'ultimi riempiono le loro narrazioni prevalentemente con emozioni negative superando anche i colleghi di medicina generale. I medici del territorio, nonostante dipingano i loro racconti con emozioni negative rispetto a quelle positive, loro utilizzano di più, rispetto ai colleghi ospedalieri, quest'ultime.

EMOZIONI	MEDICO		TOTALE
	OSPEDALIERO	MEDICINA GENERALE	
PRIMARIE	37	27	64
SECONDARIE	81	85	166
POSITIVE	27	42	69
NEGATIVE	96	70	166
<b>TOTALE</b>	<b>241</b>	<b>224</b>	

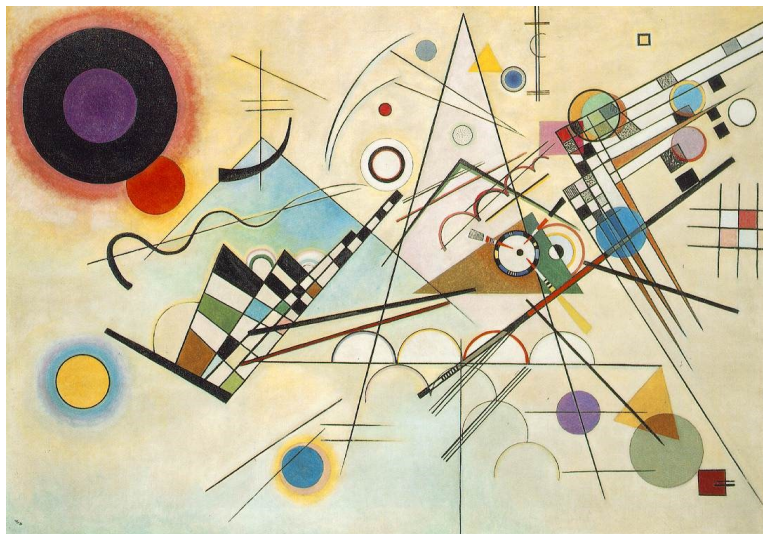
Tab. 03 Tipi di emozioni – dati ricerca

EMOZIONE	MEDICO		TOTALE
	OSPEDALIERO	MEDICINA GENERALE	
DISGUSTO	0	1	1
PAURA	16	16	32
RABBIA	13	1	14
TRISTEZZA	2	2	4
FELICITA'	3	7	10
SORPRESA	3	0	3
ANGOSCIA	3	6	9
ANSIA	6	8	14
CAUTELA	1	0	1
CONTENTEZZA	7	7	14
DEPRESSIONE	5	3	8
DISPERAZIONE	5	1	6
DISPREZZO	1	0	1
DOLORE	8	5	13
ESASPERAZIONE	1	0	1
ESITAZIONE	1	0	1
FASTIDIO	1	1	2
FIEREZZA	0	2	2
FOBIA	3	1	3
GIOIA	0	1	1
GODIMENTO	0	1	1
GRATIFICAZIONE	0	5	5
MERAVIGLIA	2	1	3
NERVOSISMO	2	0	2
OSTILITA'	1	0	1
PANICO	0	5	5
PENA	1	0	1
PREOCCUPAZIONE	3	10	13
RISENTIMENTO	1	1	2
SCHIFO	2	0	2
SODDISFAZIONE	11	17	28
SOLITUDINE	2	0	2
SOLLIEVO	1	0	1
SPAVENTO	6	3	9
STUPORE	0	1	1
TENSIONE	1	2	3
TERRORE	2	2	4
TIMORE	2	2	4
VIOLENZA	2	0	2
<b>TOTALE</b>	<b>118</b>	<b>112</b>	

Tab. 04 Emozioni – dati ricerca

Come evidenzia la tabella n.04, i medici narratori utilizzano, quantitativamente, quasi le stesse emozioni, i loro racconti si differenziano, per le emozioni, per l'esternazione di emozioni primarie rispetto a quelle secondarie: i medici ospedalieri riportano maggiormente la rabbia, tristezza, disgusto, paura, felicità, sorpresa. La preoccupazione e la soddisfazione caratterizzano i racconti dei medici di medicina generale. Paura e soddisfazione sono le emozioni che vengono riportate maggiormente nei racconti dei medici, due emozioni contrapposte poiché una assume un connotato positivo e l'altra negativo, un chiaro e scuro, un bianco e nero, alto e basso, lato destro e sinistro, nella superficie di fondo.

Tutti gli elementi emersi dai racconti delle esperienze dei medici narratori sono rappresentati nella superficie di fondo ed ora si tratta di darne significato a ciò che si guarda, scegliendo un punto di osservazione ma che non deve essere l'unico.



Composizione VIII, Vasilij Kandinskij

## CAPITOLO 5 Conclusioni

*Guai a quel medico  
che cura il corpo  
senza aver curato la mente,  
giacché da essa tutto discende.  
(Socrate)*

Come sostiene la stessa Marianella Sclavi (2003) in “Arte di ascoltare e mondi possibili”, non si deve avere fretta di giungere alle conclusioni, le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca e concludere dà un senso di chiusura ma tale lavoro vorrebbe essere un punto di partenza e non di fine. Un punto su cui riflettere in una visione globale, considerando tutti gli elementi della composizione per darne una lettura d’insieme.

Il tutto è iniziato volgendo uno sguardo alla letteratura rispetto all’ambito della cura e si è visto i diversi aspetti che danno completezza a un tema così ampio, dalle mille sfaccettature e dalle diverse discipline che si sono interessate ad essa.

La cura è cura delle parole prima di essere una cura farmacologica, terapeutica, relazionale, la cura è un orizzonte a cui guardare per andare oltre e per lasciarsi affascinare da essa stessa, la cura è capacità, non solo in termini professionali, nozionistici, formativi, ma in termini umani, di calore, di accoglienza, di ascolto, di esserci con l’altro e stare con l’altro e oggi giorno essere capaci di cura lo è sempre più difficile poiché la tecnologia è un grande aiuto, un punto di forza ma non è la completezza della cura. Solo l’essere umano, proprio in quanto umano con emozioni e valori, può dare quella completezza e quella sfumatura di cura che ognuno cerca di dare e di ricevere. Si possono migliorare i risultati sanitari, risparmiare soldi, ma è altrettanto necessario ricordare costantemente cosa è possibile fare con ciò che non è monetizzabile, traducibile a un numero che genera altri numeri, non economicamente quantificabile come lo sono le capacità umane che ogni medico ha in sé e che mette a disposizione degli altri per favorire il processo di cura.

Comprendere che cosa una comunità necessita è il punto di partenza per pensare a cosa sia possibile ma creare comunità di assistenza affettiva per un benessere sociale,

per la fiducia e la continuità. Come riportato in “The Lancet Commission” (2013), i pazienti sono disposti ad accettare il peso della loro sofferenza quando quella sofferenza ha un significato condiviso e per questo la salute è inseparabile dalla cultura; anzi l’assistenza sanitaria può progredire solo attraverso una rivalutazione e un rinnovato interesse nel suolo della cultura per la salute. A tal proposito, in merito alla costruzione del campione di ricerca, non si è posto alcun limite geografico e di età, spaziando così in ambito nazionale e internazionale. Potrebbe apparire sprovveduta e azzardata la scelta di tutto ciò, ma ha permesso di non porre intenti di pregiudizio tanto che, tutti i medici con cui si è dialogato, hanno evidenziato gli stessi bisogni, le medesime necessità e difficoltà e si potrebbe sostenere che la cura si presenta con un denominatore comune in termini di modalità, bisogni e futuro. A tal proposito dovrebbero essere incluse non solo le pratiche mediche, ma anche i valori socioculturali e i comportamenti poiché la salute ha a che fare sia con i trattamenti ma soprattutto con l’azione del prendersi cura. Salute non è solo assenza di malattia, è un benessere positivo che ingloba diversi aspetti legati a questo ambito.

La prima esperienza di cura viene ricondotta a una forma di accudimento, sia esso materno, familiare, amicale che avviene all’interno di mura domestiche, conosciute come quella della casa, della scuola. Un’esperienza che ne dà un imprinting in quello che sarà poi il cammino fatto per prendersi cura e prestare cura. Cura è una forma di aiuto, e lo possiamo sperimentare, vivere ogni giorno in ogni singola piccola azione. La cura, con i suoi tratti caratteristici è l’aiuto nell’aiuto, è fatta di tecniche, di capacità ma soprattutto di emozioni. Questo lavoro ha voluto essere un intreccio di racconti di esperienze con l’arte e in particolare con un artista considerato uno dei padri dell’astrattismo, poiché non dipingeva per rappresentare la realtà che vedeva, ma per dare sfogo alle emozioni più intime, attraverso forme e colori come fossero note di un brano musicale improvvisato, Vassilij Kandinskij; e proprio questo voleva essere il meta-obiettivo: dare sfogo alle emozioni perché darne mera lettura di una realtà poteva apparire asettico, non vissuto fino in fondo e delineare un tracciato di buon medico equivaleva ad ammettere che ne esistano di cattivi, pertanto porsi come esploratore di un mondo possibile per comprenderne come viene gestita la possibilità di cambiamento e che cosa accade in questo divenire, ha permesso di osservare e cogliere altri aspetti e particolari, allo stesso modo di quando si osserva un’opera. Proprio per non correre il rischio di perdere o tralasciare gli aspetti emotivi dei racconti, le interviste sono state realizzate e trascritte direttamente. La trascrizione diretta ha permesso di cogliere e appuntare i momenti in cui trasparivano

emozioni attraverso risate, la voce spezzata, silenzi, sospiri; particolari che riempiono e arricchiscono ancor di più il contenuto.

Da quanto raccolto, sembra che sia necessario un evento irrompente, unico, epocale affinché avvenga un cambiamento o un'accelerazione di quanto è già stato avviato precedentemente ma che evolve lentamente. L'arrivo dell'evento della pandemia da Sars Covid-19 ha portato dei cambiamenti nelle procedure e nelle modalità di cura che erano già in atto come, ad esempio, l'uso della tecnologia, e allo stesso tempo la presa di coscienza di ciò che è realmente necessario per prendersi cura come l'ascolto, il dialogo, il contatto fisico, il potersi vedere, il lavoro in team, un ambiente adeguato e favorevole al processo di cura. Rispetto a quest'ultimo, ossia il setting, i medici hanno espresso l'importanza di un ambiente, un luogo in cui la cura avviene. Non è il semplice luogo, la struttura ma uno spazio come colore della professione, che simboleggia e caratterizza la funzione che svolge. Un luogo come cornice fattuale e spazio-temporale che organizzi il rapporto professionale come dato di realtà capace di costituire un'invariante di garanzia. (Loriedo, Acri, 2009). Ma siccome tutto questo ha a che fare con la propria personalità, con le proprie fragilità, coscientizzate o meno, con le proprie emozioni (sia del medico che dell'utente, ma anche di tutti gli operatori-attori che prendono parte alla cura) rimane indispensabile il lavoro di supervisione, rimane indispensabile una figura terza che, di tanto in tanto, aiuti a riportare a livello cosciente i propri bisogni inconsci e le emozioni che circolano all'interno di questo spazio fisico e temporale. (Melchiorre, 2018)

In Europa occidentale i luoghi in cui si elabora la conoscenza in medicina si sono evoluti attraverso tre strutture specifiche: il capezzale del malato, l'ospedale, il laboratorio e sempre più spesso si assiste al sorgere di centri di eccellenza, iperspecializzati, ipertecnologici ma allo stesso modo si vedono abbandonati i veri bisogni sanitari, tra cui l'ascolto. Dar vita a nuovi progetti dove non ci fermi solamente alla medicina clinica ma si tenga in considerazione dei valori, della cultura della salute, dei determinanti culturali fintanto che possa avvenire una migliore comprensione e un'analisi più completa per poter veramente soddisfare i bisogni di cura di tutti gli attori interessati. Soffermarsi a pensare al ruolo che svolge il paziente, in che modo influisce sul decorso della malattia e sulle diverse fasi, che rapporto vi è tra il paziente e il gruppo di cura, in quali condizioni questo lavoro è più visibile, quali sono le conseguenze di questo rapporto, il destino del medico, sono solo alcuni punti su cui riflettere.



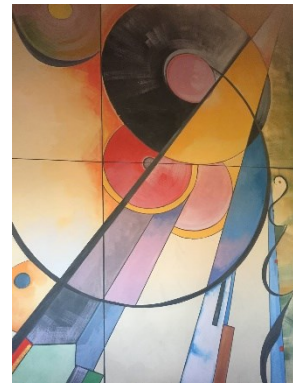
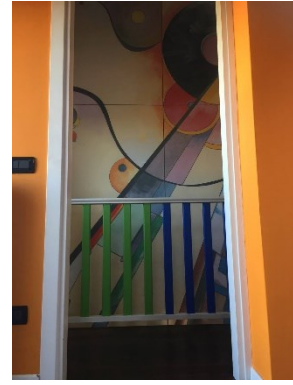
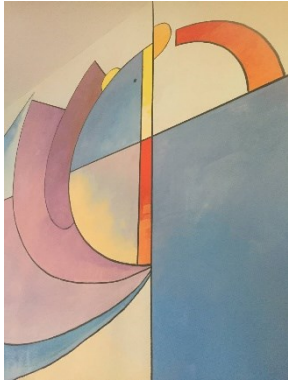
Ma in fondo che cos'è cura? Cura è corpo, mente, anima, aiuto, emozioni, luogo, contatto, bisogni, esperienza; la cura è un'opera d'arte e ognuno ne dà il significato che più sente suo ed essendo un'opera, ha bisogno di attenzione. Dipingere la cura con le tonalità cromatiche sarebbe la cosa migliore perché danno emozioni più sottili, inesprimibili a parole. Ci sarà sempre qualcosa che la parola non potrà rendere compiutamente e che non è superfluo ma l'essenziale. Per questo le parole talvolta restano accenni, segni esteriori dei colori.

Mentre prendevano vita le interviste e i dialoghi con i medici narratori, è stato importante rimanere centrati e aperti durante le narrazioni. Centrati sul tema, sugli obiettivi, sulla situazione senza farsi troppo coinvolgere o “tirare dentro” al dialogo per poi comprometterne il contenuto e, allo stesso tempo, aperti alla conoscenza, all'ascolto, a ciò che stavano condividendo in quel momento i medici. Rimanere centrati e aperti su tutte le tematiche richiede sforzo, impegno ed attenzione e lo è ancora di più se queste tematiche ti toccano dentro, nel profondo. È altresì importante distruggere la maschera per aver cura di non costringere l'altro a raccontarsi in modo consonante con la teoria che si ha a mente, trasformando così l'intervista in una mera raccolta di informazioni finalizzate a verificare l'ipotesi. È una trasformazione necessaria per poter far fluire il più possibile la narrazione, tanto che è fondamentale il momento di presentazione di sé e di ciò che si sarebbe fatto insieme. Al termine dell'incontro vi è un momento di ringraziamento reciproco perché entrambe le parti avevano appreso e conosciuto qualcosa che prima ignoravano.

Durante i momenti in cui prendevano vita le interviste era come un danzare insieme al narratore; alcune interviste avevano ritmi lenti, altre più incalzanti ma il ritmo a cui danzare lo “si decideva” insieme. In questa danza entrambe le parti erano nella posizione di non convincere l'altro affinché appoggiasse la propria, nessuno cercava approvazione, ma solo dialogo e ascolto. Un doppio ascolto, ascolto del racconto e ascolto del sé e in alcuni incontri ciò è stato esplicitato a termine dell'intervista. E' stato inoltre importante seguire l'intervista, la traccia di domande, il canovaccio ma ancora di più la “pulizia” del linguaggio, la raffinazione di parole frasi e domande era fondamentale poiché la semplice disposizione delle parole, l'ordine con cui venivano poste, poteva sortire un maggiore o un minore dialogo. Solo interiorizzando, ma senza rimanere attaccata ad essa, sempre più la traccia dell'intervista il dialogo divenne più fluido. (La Mendola, 2009)

Stilare un “diario di bordo”, dove al termine di ogni incontro vengono appuntate riflessioni, pensieri, emozioni e sensazioni che salgono alla mente e al cuore durante il dialogo, è un po’ come dirsi tra sé e sé “rimandiamo a un momento successivo tutto questo” permettendo così di rimanere centrati. Utile è soffermarsi per un attimo a riflettere sulla tipologia di domande e sul linguaggio utilizzato durante il dialogo, in quanto se ogni dialogo era emozione, calore e tutte le interviste eccetto una, sono state condotte su piattaforma zoom, in cui ci si vede e ci si parla attraverso uno schermo che fa da barriera e da filtro, in cui la connessione spesso gioca a sfavore rispetto al tono di voce, alle frasi e, nonostante tutto si arriva a un dialogo pieno, forse la tipologia di domande e la loro composizione, ne fa la differenza. Con alcuni dei narratori ci si è sentita come a casa propria, come se stessimo dialogando seduti comodamente su un divano con una tazza di the in mano. Quel calore che sa di genuino, di fresco, dove potersi raccontare, potersi “rivedere” e rivivere queste loro esperienze, riportando a galla ricordi, immagini ed emozioni. Un po’ quelle mura domestiche, la casa, il nido dove l’accudimento, come riportano alcuni medici, la prima forma ed esperienza di cura ricevuta è avvenuta proprio lì, da parte della mamma. Un luogo così speciale, unico e carico di emozioni come lo è la casa, i medici lo riconducono all’esperienza di cura/accudimento e proprio la sorte ha voluto che questa ricerca si concludesse in questo modo, entro le mura casalinghe. Semicerchi disegnati e che ora diventano cerchi. È soprattutto il cerchio che inizia a dominare nella Composizione VIII da questo momento, spesso circondato da un’aureola sfumata di un tono freddo o caldo contrastante. Il cerchio si afferma intorno alla metà degli anni Venti dominando in più dipinti di Kandinskij. Da un cerchio privo di riferimenti tematici a un cerchio circondato da un alone colorato che ne dà spessore e allude a forme organiche e vegetali con grazia decorativa. Il cerchio è simbolo della perfezione divina e rafforza la persistenza del romanticismo, è un legame con il cosmico, una forma che si afferma senza condizioni, è precisa ed inesauribile, è stabile e allo stesso instabile, sommessa e forte allo stesso tempo. Il cerchio, pur essendo una forma più modesta, si afferma categoricamente, perché è una forma precisa, ma inesauribilmente variabile; stabile e instabile allo stesso tempo, sommesso e forte; perché è una tensione che porta con sé infinite tensioni; perché è una sintesi dei maggiori contrasti; e unisce il concentrico e l’eccentrico in una forma e in un equilibrio. Il cerchio è la sintesi dei maggiori contrasti ed è la quarta dimensione nella terna di forme primarie di quadrato, triangolo e cerchio poiché, nel linguaggio cubista e suprematista, equivale all’infinito e la cura è tutto ciò, un cerchio. Un cerchio dipinto con quali colori? Un cerchio monocromatico sarebbe riduttivo

per rispecchiare la cura, viste le sue tante caratteristiche. Potrebbe essere utilizzato il rosso così nasce l'arancione quando lo spettatore di avvicina, ed è un po' quell'idea che tutti noi abbiamo della cura, il colore rosso ma mentre ci si avvicina per conoscerla, vederla meglio, comprenderla più a fondo, assume un altro colore; potrebbe essere usato anche il blu così che nasce il viola mentre si ritrae e il viola è un rosso fisicamente e psichicamente più freddo, ha qualcosa in sé di malato, di spento, di triste. Ritornando al rosso, rafforzato dal giallo che gli è affine, forma l'arancione. L'arancione è come un uomo sicuro della sua forza, che dà un'idea di salute. Il rosso che di solito abbiamo in mente è un colore dilagante e tipicamente caldo, che agisce nell'interiorità in modo vitalissimo, vivace e irrequieto. Senza avere la superficialità del giallo, che si disperde in tutte le direzioni, dimostra un'energia immensa e quasi consapevole. A volte la cura è tinta di grigio; il grigio è silenzioso e immobile. La sua immobilità però, è diversa dalla quiete del verde, che è circondata e prodotta da colori attivi. Il grigio è l'immobilità senza speranza, quei momenti di stasi della cura, del chiedersi "che cosa non funziona? Che cosa sta mantenendo tutto bloccato? Perché non si va avanti?" e più diventa scuro, più si accentua la sua desolazione e cresce il suo senso di soffocamento. La cura è un cerchio policromatico. (Kandinskij, 2022) Cerchio che riconduce al punto iniziale del tratto che è la casa, quel luogo di prima esperienza di cura, di accudimento, quel luogo che ha le caratteristiche di un setting ideale di cura. Il semicerchio è diventato un cerchio "concreto" quando ho ricevuto le foto di casa di una carissima compagna di studi, Chiara, con cui ho condiviso il percorso di tesi. Le foto sono le pareti di casa sua, dipinte da un pittore che ha interpretato l'astrattismo rendendolo personale e riempiendolo del calore delle mura domestiche e delle esperienze di vita sua. Non ha rappresentato nessuna realtà in quel muro, nessun paesaggio, nessun soggetto, nessuna scena, ma solo emozioni, le sue e di chi le vive quotidianamente vivendoci al suo interno e di coloro che vi accedono facendo visita a chi vi vive lì.



Gli obiettivi di questo lavoro di ricerca sono volti a capire meglio le motivazioni che presiedono alla disposizione alla cura, spesso definita attraverso un'equazione troppo generica e frettolosa con la dimensione affettiva. È opportuno interrogarsi più a fondo sulla natura delle passioni e dei sentimenti che stanno all'origine dell'etica della cura sia per avere una visione più completa di ciò che spinge l'essere umano a prendersi cura dell'altro, sia per evidenziare l'ampiezza e la differenziazione dei contesti nei quali essa opera (sfera privata, professionale, o sociale) poiché la cura non è esente da sentimenti in particolar modo da quelli di disgusto, risentimento, rabbia. Se da un lato la cura mobilita sentimenti come l'attenzione, la generosità e l'amore, dall'altro pone la reciprocità del debito e della circolarità del dono.

Ridurre, inoltre, la distanza tra gli eventi e i soggetti percepiti come distanti e influenti; poiché la globalizzazione rompe quel confine spaziale tra un dentro e un fuori e allo stesso

tempo accorcia lo iato temporale tra l'umanità presente e l'umanità futura a causa dell'accelerazione del tempo e dei processi di velocizzazione. Ciò vuol dire che l'altro oggi non è solo colui/colei di cui farsi carico in una relazione face-to-face e in un contesto di prossimità: è anche l'altro sconosciuto e distante che in un modo o nell'altro irrompe nella nostra vita chiamandoci a una preoccupazione e a una risposta che diventa ineludibile. L'emergere della figura dell'altro distante rende infatti molto più complessa la questione dell'obbligo morale. Perché insomma gli esseri umani dovrebbero mobilitarsi per persone a cui non sono legati da un rapporto affettivo, né da un legame professionale che è ancora in fase embrionale, né da un legame generazionale diretto? Perché dovrebbero preoccuparsi dei loro bisogni, prendersi a cuore la loro sofferenza e il loro destino? Quali motivazioni ed emozioni agiscono nel caso dell'altro sconosciuto e distante? (Pulcini, 2020)

Come è emerso dai racconti dei medici, la cura è un processo che inizia e cresce nel tempo fondando le radici su dei principi come la fiducia, l'etica, l'ascolto perché la cura non è solo farmaco ma è relazione, stare con l'altro e per l'altro. Il tempo ne cambia le modalità del prendersi cura sia da un punto di vista farmacologico in quanto le malattie mutano, sia da un punto di vista organizzativo ma ciò che rimane costante è la relazione di cura la quale, per la sua delicatezza, la sua unicità, il suo essere fragile, ne risente in modo pesante degli eventi esterni che la possono minacciare, rovinare, rompere o complicarla. Possono cambiare i luoghi della cura, le procedure, i protocolli, le modalità ma il bisogno di chi chiede cura rimane una costante ed è il bisogno di ascolto, un po' lo stesso bisogno che si avverte dai racconti di chi presta cura; anche i medici hanno bisogno di essere ascoltati per poter affermare la cultura della cura, per poterne cogliere le difficoltà, le differenze, le emozioni che si celano dietro a un processo, a una modalità, a un protocollo, ad un semplice agire.

È, altresì, importante soffermarsi a ripensare che cos'è la cura, la cultura che vi è attorno a questo tema così ampio e delicato e che interessa diversi ambiti, da quello medico-sanitario, scientifico, a quello sociale, economico ma ciò che è da considerare è il fatto che le passioni sono una risorsa sociale e lo si è visto dai racconti dei medici che hanno seguito le loro passioni e interessi per giungere a svolgere la loro professione. Come riportato nel libro di Puccini, riflettere sul ruolo che le passioni e i sentimenti svolgono in entrambe le prospettive eriche è in altri termini una via regia non solo per ripensare al di là di immagini stereotipate, ma anche per snidarne senza timori persino gli

aspetti potenzialmente negativi, per valorizzarne pienamente aspetti emancipativi e torsioni inaspettate. (Pulcini, 2020) Ciò che si vuol studiare ha una storia, un racconto, una narrazione, qualcosa del tipo “prima è successo questo, poi è successo quest’altro e poi è finita così” questo approccio ci fa capire come accadono gli eventi mostrandoci le tappe del processo che li ha generati, piuttosto che le condizioni che li hanno resi necessari. (Becker, 2020)

#### “NOTE ETNOGRAFICHE”

Le “note etnografiche” sono delle osservazioni riguardanti il rituale di intervista, ad esempio il clima relazionale, i punti su cui si è percepita difficoltà o reticenze, e al termine di ogni intervista si è preso nota di tutto ciò e anche dell’ambiente in cui avveniva il dialogo, sia esso un ambiente fisico che virtuale. Rispetto a quest’ultimo, la descrizione è relativa all’ambiente che stava alle spalle del narratore se l’intervista veniva svolta online. Solamente un incontro è avvenuto “al buio”, ossia a telecamera spenta poiché il medico si trovava a casa durante la fase di accudimento “intimo” del bimbo nato da poco.

#### INTERVISTA 01

Problemi tecnici con zoom per la durata dei 40 minuti e li ho fatti coincidere con i blocchi dell’intervista dopo il primo inghippo.

Racconto affascinante sia per le modalità che per il contenuto.

Mi ha colpito in particolar modo quando il medico ha definito “emozionante” il periodo e l’uso del termine “on life” anziché “on line” relativo all’uso della tecnologia. Altro passaggio che mi ha segnata è l’esempio del bimbo che prima gioca con i Lego e poi con altro e la tecnologia è un qualcosa a disposizione che si affianca ma non sostituisce.

Toccante il racconto dell’aneddoto del dott.\*\*\*\* (pediatra) perché lui ha un fratello omozigote ma come \*\*\*\* si differenziava nella relazione con loro, toccante anche il racconto del paziente Covid visto in pneumologia dove lui (il medico intervistato) si è definito un mostro per come era vestito con le protezioni e come il paziente ha colto le domande di come si sentiva, se aveva mangiato, se si annoiava...un chiedere la quotidianità nella sua semplicità.

Interessante anche il racconto del successo della cura della signora \*\*\*\* e di colui che poi è morto per overdose. Medico ero emozionato.

Al termine della sessione il medico mi dà un feedback positivo perché ha trovato l'esperienza interessante per poter parlare di sé, e mi dà un feedback rispetto alla domanda sull'etica, dicendomi che dovrebbe essere più precisa per capire cosa intendo per etica.

Al termine dell'intervista, fatta su zoom perché il medico era in isolamento ma sembrava di essere lì con lui perché sorseggiava da una tazza durante le narrazioni e il suo movimento del corpo sulla sedia era rilassato aperto, ero cotta e con mal di testa. La parte più difficile è stata rimanere lucida dal punto di vista emozionale per i racconti forti e la modalità coinvolgente del medico.

## INTERVISTA 02

Ci siamo accordate per il giorno 23 alle 17, inviato link di zoom e atteso 30 minuti per incontrarci. Ho spiegato che cosa avremo fatto e premesso il problema di zoom dopo i 40 minuti. Molto giovane, dinamica, gesticola molto, persona e professionista "alla mano". Durante l'intervista di è emozionata ed aveva gli occhi lucidi alla domanda se aveva avvertito bisogno di cura durante il periodo Covid.

Per lei è molto importante il contesto in cui lavora, il clima che si respira per stare bene anche lei. Al termine mi ringrazia per questa opportunità. Emerge spesso il concetto di fiducia e del contesto. Mi passa il contatto di una sua collega. All'inizio dell'intervista mi ha chiesto di poterci dare del "tu".

Intervista su zoom, e mi riceve in una stanza spoglia, parete bianco/grigio senza nulla di appeso, ambiente molto asettico.

## INTERVISTA 03

Ho avuto il contatto tramite segretaria della scuola di mio marito. Dopo un primo contatto su WhatsApp super disponibile, ci siamo accordate per incontrarci su zoom. Ci siamo del "tu" su sua richiesta, lei mi riceve sul suo salotto di casa dove durante l'intervista c'è anche il cagnolino e un'amica che arriva circa a metà intervista. Molto dolce e disponibile. Alcune domande le trova difficili per dare una risposta, ma racconta molto di sé e si

emoziona. Al termine dell'incontro mi ringrazia e dice di tenere il suo contatto per ogni cosa e che attenderà la tesi.

#### INTERVISTA 04

Mi reco in studio da lui un sabato mattina. Molto accogliente e disponibile, seduto sulla sua poltrona. Quando narra di sé o della professione in generale è “spalmato” sulla poltrona. Entriamo nell'argomento Covid, si tira su seduto, braccia conserte, tono duro; cambia di nuovo con il cambio argomento. Alla domanda se c'è stato un giorno difficile durante il Covid, gli salgono le lacrime agli occhi, il tono si spezza e emi dice che solo a pensarci gli viene da piangere racconta di quel giorno che ha rotto una porta per la rabbia. Al termine dell'intervista mi ringrazia e mi dà due contatti di medici perché è stata una bella esperienza.

#### NOTA “FUORI CAMPO”

Dopo queste prime 4 intervista ho la sensazione che i medici cerchino conferme in me rispetto a quello che dicono e cercano di coinvolgermi in una conversazione alla pari.

Faticoso trovare medici disponibili perché impegnati con il lavoro e poi hanno impegni familiari.

#### INTERVISTA 05

Medico molto energica, sprint, ci accordiamo per giorno e ora e la richiamo su zoom. Mi accoglie a casa sua. Passa da una stanza all'altra con il video acceso e quindi sono “in movimento” con lei; mi racconta che ha i bambini a casa con lei che li tiene impegnati in un'altra stanza mentre mi racconta. Si scusa quando ci interrompono perché la chiamano ma è molto piacevole. \*\*\*\*, il bambino, vuol vedere con chi sta parlando la mamma e mi fa salutare, sembra di essere lì con lei a casa sua. Racconta molto, è molto espressiva con la mimica facciale, mentre mi racconta si fa il the (molto bello questo momento!) e sembra proprio di esser lì con lei per una chiacchierata.



## INTERVISTA 06

Ci siamo organizzate in pochi attimi per trovarci su zoom. Molto disponibile, timida, dolce, quando racconta di sé è più loquace mentre in tema sanitario è più trattenuta. Mi riceve mentre è in turno in ospedale, in una stanza spoglia e fredda perché dietro di lei vi è un muro spoglio di color grigio chiaro. Molto ancorata all'ambito professionale durante il racconto.

## INTERVISTA 07

Il 23 dicembre mi scrive scusandosi di non essersi più fatto sentire e mi dice che il 28 mattina sarebbe stato disponibile ma di aggiornarci il mattino stesso perché “smontava” dal turno di notte. Alle 9 ci “incontriamo” su zoom. Molto disponibile, loquace, si emoziona in alcuni momenti del suo racconto pur essendo ancorato molto alla sua professione e meno ai vissuti personali. Vive in modo molto intenso l'intervista nonostante la notte si faccia sentire. Mi riceve in ospedale e sembra una sala d'aspetto perché lui è seduto sulle sedie poste in fila e durante intervista passa di là qualcuno e si salutano. Al termine mi chiede di inviargli un messaggio dove presento il lavoro di tesi così da poterlo inoltrare ad alcuni colleghi.

## INTERVISTA 08

Medico molto disponibile, loquace, racconta di sé con pacatezza e ti trasporta nel suo racconto di vita personale e professionale. Pur essendo su zoom si sente quel calore della relazione instaurata. Io le do del “lei” e lui del “tu” e mi sento come se fossi una sua tirocinante perché avverto la sensazione di trasmettermi tutta la sua conoscenza ed esperienza. Ha un suo modo di raccontare avvolgente, che ti trasporta dentro la situazione. Mi riceve a casa sua, nella sua stanza presumo adibita a studio perché alle sue spalle c'è una libreria ed è una stanza luminosa, lui è seduto sulla sua poltrona della scrivania.

## INTERVISTA 09

È al terzo anno di specialistica e ora in reparto di geriatria. Lo contatto su Telegram e poi su Whatsapp e in poche ore ci accordiamo per incontrarci. Molto giovane, molto loquace, disponibilissimo, linguaggio accurato e professionale. Diventa un dialogo dove si sente la sofferenza per momenti intensi della professione. Racconta della sua esperienza e in fase iniziale si emoziona appena inizia a raccontare del ruolo dei suoi genitori in merito alla sua scelta professionale. Dal racconto emerge grande importanza per la relazione di cura e il legame con il paziente. Mi riceve in una mansarda con travi a vista e un lucernario proprio sopra di lui. Un ambiente piccolino ma accogliente. Penso che sia il suo studio vista la libreria e l'arredo.

## INTERVISTA 10

Giovanissima, dolce, solare, sorridente. Mi riceve a casa sua in salotto luminosissimo, seduta sul divano e mi racconta di lei. Sono a casa con lei perché durante l'interruzione di zoom per la tempistica si collega dopo dicendomi che ne aveva approfittato per stendere il bucato. Si emoziona tantissimo quando racconta della morte del piccolo \*\*\*\* e racconta di sé. Molto provata nel racconto della sua esperienza personale vissuta al pronto soccorso, tanto da cambiare espressione del volto ed essere arrabbiata. In casa con lei c'è \*\*\*\* il suo cane. Le emozioni e l'umanità traspaiono ovunque.

## INTERVISTA 11

Molto dolce, disponibile, determinata. Da come racconta sembra una dirigente per il "distacco" dal racconto per quanto riguarda le domande relative a modalità, procedure, formazione, organizzazione ma molto coinvolta per tutto quello che riguarda la relazione e l'aspetto umano. Racconta di sé e degli aneddoti in RSA con tanta dolcezza e amore ed emozione. L'intervista si è svolta su zoom e mi ha accolta nel suo studio che condivide con altre persone per come erano disposte le scrivanie alle sue spalle e durante l'incontro è entrata una collega che l'ha salutata. Si muove sulla sua sedia da scrivania con modo sicuro e impostato.

## INTERVISTA 12

Dopo un po' di tempo riusciamo ad organizzare per incontrarci su zoom perché aveva da poco partorito e quando era disponibile si era ammalato l'altro bimbo. Non la vedrò mai in viso perché tiene sempre la telecamera spenta in quanto sta allattando. Capisco che mi accoglie in casa perché ad un tratto sento che parla con un uomo per un attimo e le dice cosa sta facendo e deduco che sia il marito. Posso solo immaginare il luogo in cui si trova. La sento molto affaticata all'inizio ma a mano che prosegue l'intervista esce la sua energia e grinta dal tono e il dialogo prende un altro ritmo. Contenuti molto particolari per la sua storia personale e professionale.

## INTERVISTA 13

Dopo molto tempo mi dà appuntamento per il 21 marzo 2023. Un'intervista molto particolare per il contorno. Invio il link di zoom e attendo 40 minuti e poi mi telefona dicendomi che le dispiaceva ma aveva avuto problemi in ambulatorio. Rifissiamo di trovarci l'indomani e mi dedica solo mezz'ora (e questo non lo sapevo nonostante le avessi detto la tempistica necessaria) perché si era collegata tardi e quindi affrontiamo solo un blocco di domande per poi il resto affrontarlo il giorno successivo o al massimo quello dopo e che mi avrebbe chiamata. Non la sento più per gli altri due giorni e il lunedì le scrivo un messaggio ma non mi risponde, provo a telefonare e nulla. Questo lo faccio più volte nei giorni successivi, finché dopo 10 giorni mi risponde la segretaria e mi dà appuntamento per terminare l'intervista il 12 aprile alle 15.50. Molto prolissa, non fa mai riferimento alla sua famiglia di origine, molto disponibile nel racconto. Nella prima parte di intervista mi "accoglie" nel suo ambulatorio molto luminoso e con tratti personali, nella seconda parte "sono" a casa sua e poi concludiamo l'intervista mentre è in auto e si sta recando a scuola dalla bambina. Un medico multitasking dove cerca di incastrare tutto e accontentare tutti.

## BIBLIOGRAFIA

- A. Agresti B. Finlay, *Metodi statistici di base e avanzati per le scienze sociali*, Pearson, 2022;
- C. Allen, *Equità conoscitiva. La sfida della comunicazione nelle aree a rischio*, ETS, 2021;
- V. Arcolini, *La finzione del salvatore nelle relazioni di aiuto*, *Rivista Psicologia Individuale* supplemento n.69, 2011;
- A. Ardigò, *Per una sociologia oltre il post-moderno*, Franco Angeli, 2020;
- A. Ardigò, *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Franco Angeli, 1997;
- F. Baldoni, *Autenticità, emozioni e salute: un sottile filo conduttore*, in *Quaderni di Psicoanalisi e Psicodramma Analitico* anno 1 n.1-2, 2002;
- E. Barbera, E. Tosco, *L'efficacia del Web 2.0 e dei media sociali per comunicare la salute* in *Comunicazione e salute*, dors, 2011;
- H. Becker, *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*, Il Mulino, 2020;
- L. Berra, J.H. Dias, *Il bisogno di filosofia nelle relazioni* in *Nuova Rivista di Counseling Filosofico ISFiPP Edizioni*, 2017;
- M. Biocca, *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute*, Franco Angeli, 2006;
- P. Braibanti, V. Strappa, A. Zunino, *Psicologia sociale e promozione della salute. Voll: Fondamenti psicologici e riflessioni critiche*, Franco Angeli, 2009;
- M. Bucchi, *Scienza e società introduzione alla sociologia della scienza*, Cortina, 2010;
- F. Caputo, *La cura pedagogica come relazione di aiuto*, *Academia, Studi pedagogici, Topologik*, 2014;
- D. Carricaburu e M. Menoret, *Sociologia della salute*, Il Mulino, 2007;
- A. Casella Paltrinieri, *Prendersi cura. Antropologia culturale per le professioni sociosanitarie*, Editpress, 2011;
- A. Cencini, *Il contatto corporale nella relazione di aiuto*, *documenti di Associazione Nuova Citeaux, Tredimensioni*, 2004;
- A. Cerroni Z. Simonella, *La sociologia della scienza. Capire la scienza per capire la società contemporanea*, Carocci, 2014;

- S. Cherubini, *Comunicare la salute. Scenari, tecniche, progetti per il benessere e la qualità della vita*, Franco Angeli, 2001;
- G. Chimirri, *Bioetica della medicina e psicologia della cura. Scientificismo, interdisciplinarietà, umanizzazione della salute, denaro, antropologia, deontologia*, If Press, 2019;
- C. Cipolla G. Pini P. Ugolini, *Della salute dei giovani. Una ricerca nella provincia Forlì-Cesena*, Franco Angeli, 2006;
- C. Cipolla, *Manuale di sociologia della salute vol.1*, Franco Angeli, 2004;
- P. Corbetta, *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. L'analisi dei dati*, Il Mulino, 2015;
- C. Corposanto L. Fazzi A. Scaglia, *Costruire piani di salute. Una sperimentazione di programmazione sanitaria della Asl 1 di Venosa*, Franco Angeli, 2004;
- L. N. Covre, *Kandinsky*, Giunti, 2022;
- A. Davis, *Donne, razza e classe*, Edizioni Alegre, 2018;
- F. Dei, *Antropologia culturale*, Il Mulino, 2016;
- C. Delphy, *Per una teoria generale dello sfruttamento. Forme contemporanee di estorsione del lavoro*, Ombre corte, 2020;
- P. Donati, *Salute e analisi sociologica*, Franco Angeli, 1982;
- P. Donati, *Salute e complessità sociale*, Franco Angeli, 1986;
- R. Ferrara, *Salute e sanità*, Giuffrè Editore, 2010;
- P. M. Fiocco, *Teoria sociale della cura. La struttura dell'identità medica*, Franco Angeli, 2004;
- D. Francescato, M. Benedetti, *Umore e salute: una sinergia possibile*, Franco Angeli, 2012;
- C. Fusco Karmann, S. Sborea, G. Tinini, *Manuale del volontariato in oncologia*, LILT, 2013;
- A. Gentile, F. Melchiorre, *Le professioni, Esser-ci in una relazione d'aiuto tra professione e motivazione*, IAT Journal IV n.1, 2018;
- G. Giarelli, R. Vignera, *Sociologia e sociologia della salute: andata e ritorno*, Franco Angeli, 2012;
- G. Gobbo, V. Marcheselli, *Sociologia della scienza e della tecnologia*, Carocci Editore, 2021;

- P. Guidicini, G. Pieretti, Immagini della salute: una struttura socio-sanitaria s'interroga, Franco Angeli, 1989;
- M. L. Hoffman, Empatia e sviluppo morale, Il Mulino, 2008;
- M. Ingrosso, La salute comunicata. Ricerche e valutazioni nei media e nei servizi sanitari, Franco Angeli, 2008;
- W. Kandinsky, Punto, linea, superficie, Adelphi Edizioni, 2022;
- S. La Mendola, Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche, UTET Università, 2009;
- C. Laicardi, Misurare l'atteggiamento verso la salute. Standardizzazione e validazione italiane del Multidimensional Health Questionnaire di Snell e Johnson, Franco Angeli, 2002;
- P. Lalli, Le sfide della comunicazione per la salute in Comunicare la salute, Milano Angeli, 2001;
- B. Latour, Politiche della natura. Per una democrazia delle scienze, Raffaello Cortina, 2000;
- B. Latour, Un Prometeo cauto? Primi passi verso una filosofia del design, EIC, anno III, 2009;
- M. Livi Bacci, Storia minima della popolazione del mondo, Il Mulino, 2021;
- L. Lombi, A. Stievano, Introduzione alla sociologia della salute. Manuale per la professione infermieristica, Franco Angeli, 2011;
- G. Lonati, Prendersi cura per il bene di tutti: nostro e degli altri, Corbaccio, 2022;
- E. Longo, D. Volpini, Medicina e cultura. Prospettive di antropologia medica, in Cultura culture diritti collana di studi antropologici, Aracne editrice srl, 2012;
- A. Lupo, Antropologia medica e umanizzazione delle cure in Rivista della Società italiana di antropologia medica/37, 2014;
- P. Magaudo, F. Neresini, Studi sociali sulla scienza e la tecnologia, il Mulino, 2020;
- G. Majani, Introduzione alla psicologia della salute, Erickson, 1999;
- A. Malva, A. Magni, V. Zurlo, Uno sguardo al futuro prossimo. La telemedicina in Medicina Generale: dove siamo e prospettive future, in Rivista Società Italiana di Medicina Generale n.3 vol.27 2020;
- S. Mambriani, La comunicazione nelle relazioni di aiuto. Guida pratica ad uso di familiari e operatori sanitari e sociali, Ed. Cittadella, 1994;

- E. Mangone, *Interventi. Relazionalità e salute in Salute e società*, FrancoAngeli, 2013;
- G. Mascagni, *Salute e disuguaglianze in Europa*, Firenze University Press, 2010;
- E. L. Menéndez, *Interculturalità e processi di salute/malattia/cura: aspetti metodologici*, AM Rivista della Società Italiana di antropologia medico n.21-26, 2010;
- M. Mengheri, *Mi sento diverso: la conoscenza abbatte il pregiudizio*, Sentieri, Itinerari di psicopatologia psicosomatica psichiatria, Edizioni ETS, 2008;
- M. Minelli, V. Redini, *Il “caso”, la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare state in Italia*, Anuac.vo.4 n.1, 2015;
- A. Mongili, *Tecnologia e società*, Carocci, 2007;
- C. Palagiano, *Geografia della salute in Italia*, Franco Angeli, 1991;
- C. Papa, *Un’antropologia per capire, per agire, per impegnarsi* in Rivista della Società italiana di antropologia medica/49, 2020;
- M. L. T. Pasquarella, M. Consolandi, M. Agrusta, *La telemedicina tra definizioni e implicazioni comunicative*, The journal of AMD vol25 n.01, 2022;
- A. Pellai P. Marzorati, *Educazione alla salute. Standard e linee-guida dalla scuola elementare alla scuola superiore*, Franco Angeli, 2001;
- M. Pino, *Costruire significati nei gruppi di aiuto*, Animazione Sociale, 2008;
- E. Pulcini, S. Bourgault, *Cura ed emozioni. Un’alleanza complessa*, Il Mulino, 2018;
- E. Pulcini, *Tra cura e giustizia. Le passioni come risorsa sociale*, Bollati Boringhieri, 2020;
- I. Quaranta, *Antropologia medica e salute globale* in Rivista della Società italiana di antropologia medica/37, 2014;
- G. G. Rovera, *Il modello adleriano nelle relazioni d’aiuto*, Rivista Psicologia Individuale n.56, 2004
- M. T. Russo, *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*, Rubettino, 2004;
- T. Saccheri, *Salute e relazione sociale*, Franco Angeli, 2009;
- E. Saita, *Pensare alla salute e alla malattia. Legami tra mente corpo e contesto*, EDUCatt.Università Cattolica, 2011;
- V. V. Savino, M. Andriola, *Aspetti di antropologia della salute*, Altravista, 2012;

- P. Schirripa, Ineguaglianze in salute e forme di cittadinanza in *Rivista della Società italiana di antropologia medica*/37, 2014;
- M. Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici in cui siamo parte*, Bruno Mondadori, 2003;
- D. Secondulfo, *Per una sociologia del mutamento. Fenomenologia della trasformazione tra moderno e postmoderno*, Franco Angeli, 2003;
- T. Seppilli, *Antropologia medica e strategie per la salute. Relazione introduttiva al Convegno, AM Rivista Società Italiana di antropologia medica n.37*, 2014;
- P. Sgreccia, *La dinamica esistenziale dell'uomo: lezioni di filosofia della salute*, Vita e Pensiero, 2008;
- M. Talarico, B. Bruschi, P. Leombruni, *Interagire a distanza per insegnare la relazione. Un approccio alla DAD nel corso di Laurea in Medicina, Tutor vo.21 n.1*, 2022;
- L. Tartarotti, *Psicologia della salute: un'introduzione*, Franco Angeli, 2010;
- M. Terraneo, *La salute negata. Le sfide dell'equità in prospettiva sociologica*, Franco Angeli, 2018;
- J.C. Tronto, *Cultura e salute*, The Lancet Commission, [Saluteinternazionale.info](http://Saluteinternazionale.info), 2014;
- G. P. Turchi, C. Della Torre, *Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Armando Editore, 2007;
- *Navigando tra le fonti demografiche e sociali*, Istat, 2009;