

La comunicazione tra medico e paziente nella società dell'informazione: un'esperienza di ricerca sui medici di Parma

Vincenza Pellegrino
Università di Parma

Negli ultimi decenni, grandi cambiamenti sociali hanno modificato il contesto nel quale si svolge l'incontro tra medico e 'paziente' (o cliente o utente che dire si voglia, a seconda dei diversi approcci di cui parleremo).

La divulgazione medica promossa dai mass media ha informato, più o meno correttamente, un numero crescente di persone; lo sviluppo tecnologico degli strumenti di indagine e il progresso della medicina scientifica hanno modificato le modalità di formulazione delle diagnosi e delle terapie; i processi di aziendalizzazione hanno aumentato il controllo esercitato sulle risorse utilizzate nei processi di cura.

Sebbene questi processi siano ormai noti, solo recentemente ci si è interrogati sull'evoluzione della relazione 'medico-paziente' nel nuovo contesto sociale. I processi mediatici di comunicazione scientifica, insieme ai profondi cambiamenti della scenario sociale ai quali si è fatto riferimento, hanno modificato la comunicazione tra medico e paziente? È cambiato il modo in cui questi due 'attori' immaginano la loro interazione? Quali forme assume oggi questo tipo di comunicazione?

Si tratta di un oggetto di ricerca interessante da diversi punti di vista disciplinari, sociologico, antropologico, medico, ed anche dal punto di vista della comunicazione

scientifico. La comunicazione ‘medico-paziente’, infatti, assume *anche* valenze ‘scientifiche’, non solo perché si svolge in luoghi della prassi scientifica (quella medica), ma anche perché presuppone un passaggio di conoscenze scientifiche dal medico al malato, e viceversa. Questo passaggio di conoscenze implica tutte le problematiche poste dallo scambio tra esperti e non esperti; tuttavia, il contesto di cura ha delle *particolarità* che rendono la comunicazione ‘medico-paziente’ un caso particolarmente interessante.

Mi sono riproposta di affrontare la questione a partire da recenti esperienze di ricerca sulla comunicazione ‘medico-paziente’ sviluppate da alcune équipe italiane di sociologia della conoscenza. Mi riferisco al network costituito da quattro équipe universitarie (Milano Statale, Padova, Ferrara, Parma), e dedicato alle “Trasformazioni del sapere medico”. I diversi gruppi di ricerca si sono occupati di diversi aspetti, tra i quali la divulgazione medica attraverso la televisione, del rapporto con le medicine alternative, ecc.

Più attinente alla nostra problematica è l’attività di ricerca del Prof. Sergio Manghi dell’Università di Parma, che ha approfondito le modalità di comunicazione tra medico e paziente. Il gruppo del Prof. Manghi ha concentrato la propria attenzione *sull’immagine della scena di cura così come viene rappresentata dal medico*. In tal senso, l’oggetto dell’indagine è il ‘sapere delle relazioni’, vale a dire quel sapere che ha per oggetto i processi interattivi nei quali siamo immersi. Ciascun medico si muove sulla scena della cura poiché egli stesso immagina in quale modo si compiano e si debbano compiere le interazioni tra se stesso e gli altri soggetti (infermieri, pazienti, amministratori). In base a questo ‘sapere delle relazioni’, il medico ridefinisce costantemente le sue prassi.

Le domande che abbiamo formulato inizialmente si precisano: come è cambiata l’interazione comunicativa tra il medico e il paziente *agli occhi del medico*? In che modo la diffusione della divulgazione scientifica, il progresso tecnologico, i vincoli organizzativi hanno modificato il mondo della sanità, *secondo il parere del medico*? E quali sono *le strategie comunicative che il medico si propone per adattare la prassi di cura ai cambiamenti sociali*?

Questa esperienza di ricerca ha suscitato il mio interesse per il suo carattere innovativo: essa, infatti, si può davvero definire ‘pilota’, per diverse ragioni. Innanzi tutto, per quanto riguarda il metodo adottato, di tipo qualitativo, raramente applicato all’analisi del mondo della scienza e dei luoghi della prassi medica nel contesto italiano.

L'équipe di ricerca ha incontrato 25 medici ospedalieri, le cui interviste sono state discusse parzialmente nel rapporto "Immagini dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche: un'indagine pilota presso l'Ospedale di Parma", (Aprile 2003, Parma), e 40 medici generici della città di Parma (queste interviste sono ancora in fase di elaborazione, ma vengono citate nel colloquio tra me e il Prof. Maghi). Lo strumento è l'intervista semi-strutturata, organizzata per aree tematiche (informazione, tecnologia, diritti, aziendalizzazione).

Secondariamente, la ricerca è innovativa per quanto riguarda il contenuto. Il sapere delle relazioni non ha avuto grande spazio nelle ricerche empiriche sui contesti e sui processi della salute. Il merito principale di questa indagine è ricordarci che l'ordine comunicativo e sociale che rende possibile una qualunque cura "è in ogni caso, che ne siamo coscienti o meno, 'un ordine negoziato' (Strauss, 1992), cioè risultato dinamico di un ininterrotto processo di ordinamento, o meglio ancora di co-ordinamento, che si forma e si riforma *nel tempo* (Fisher, Todd, 1983)¹ " (Manghi, 2003, op. cit).

Per comprendere i diversi aspetti emersi dalle interviste, ho discusso con il Prof. Manghi i primi risultati della ricerca, così come emergono dal resoconto citato, cercando di riassumerli schematicamente e di confrontare le nostre opinioni.

Si è trattato di una 'intervista aperta': a partire da domande e riflessioni critiche, abbiamo negoziato riflessioni comuni sulla comunicazione 'medico-paziente' e sulle sfide che essa ci lancia.

In seguito, ho ricomposto il testo della conversazione selezionandone alcune parti e inserendo alcuni brani delle interviste fatte ai medici ospedalieri. Tali inserzioni hanno lo scopo di restituire la 'voce' dei medici, le espressioni con le quali essi si comunicano. Le citazioni sono circondate da una cornice: alcune, tra le più brevi, sono state citate a memoria dal Prof. Manghi; le altre sono tratte dai testi delle interviste.

¹ Strauss A., *L'Hôpital et son ordre négocié*, in Bazsanger, éd., *La trame de la négociation: sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmanattan, Paris 1992; Fisher S., Todd A., eds., *The social organization of Doctor-Patient Communication*, Ablex Publishing, Norwood 1993. Opere citata da S. Manghi, in *Immagini dell'interazione comunicativa nelle pratiche mediche: un'indagine pilota presso l'Ospedale di Parma*, resoconto dei primi risultati della ricerca diretta dal Prof. Manghi sulla comunicazione medico - paziente (Aprile 2003, Parma).

L'interazione 'medico' - 'paziente': un 'paradosso comunicativo'?

Vincenza Pellegrino:

Partiamo dalla vostra recente esperienza di ricerca sulla rappresentazione che i medici hanno dell'interazione comunicativa con il paziente e con altri soggetti coinvolti nella scena di cura (infermieri, parenti, Azienda ospedaliera, ecc.). I medici ritengono che si sia verificato un cambiamento nella loro relazione con il/la paziente, rispetto al passato?

Prof. S. Manghi:

Dalle interviste narrative realizzate con i medici, siano essi ospedalieri impegnati in reparti di urgenza o di degenza, o siano medici generici, emerge chiaramente come sia cambiata la scena della cura, e il modo di rappresentarsela, negli ultimi 20-25 anni. Non è facile stabilire quanto i medici siano consapevoli del cambiamento, pur esprimendolo chiaramente nel linguaggio. In molte interviste, dicono: "Ah, il rapporto medico-paziente non è cambiato, è rimasto lo stesso. C'è soltanto che..." e poi una serie di racconti che testimoniano fortemente il cambiamento. Questo significa, in termini di sociologia della conoscenza, che ci sono delle rappresentazioni dell'interazione comunicativa 'medico-paziente', ed in senso più ampio della scena della cura, che sono talmente radicate da continuare a filtrare le percezioni al di là dell'evidenza e della prassi. Questo è proprio del gioco e della funzione delle rappresentazioni, che prima di cambiare devono soffrire molto.

Forse vi è stato un 'corto circuito' tra due diverse forme della comunicazione medica: la comunicazione mediatica al grande pubblico e la comunicazione privata tra medico e paziente? Vale a dire, la divulgazione medica ha messo in crisi la diade 'medico-paziente', che fondava l'autorità e l'autorevolezza del primo sull'ignoranza del secondo?

"Nessuno sembra domandarsi cosa succede quando, quali possono essere le conseguenze quando si danno fuori delle informazioni che fanno solo notizia, che magari riguardano degli studi molto embrionali, in fase solo sperimentale, che illudono le persone [...]. I pazienti sono più illusi e fanno richieste particolari perché leggono alcune riviste o inserti o perché guardano certi programmi in televisione, e alla fine non sempre si fidano di quello che dice il medico. [...] C'è che i pazienti non sanno che

spesso i medici che vanno in televisione a parlare di questo e di quello per prima cosa lo fanno per una questione di immagine, di visibilità...sì insomma, di soldi (ride)”

“Ho trovato dei pazienti che, con tutte le cose da chiedere, non trovano di meglio e mi chiedono: ma lei usa il laser o il robot? Io rimango stupito e poi scopro che me l’hanno chiesto perché guardano la TV, dove vengono date informazioni premature o primizie, come ad esempio l’impianto di cellule staminali per la rigenerazione del muscolo cardiaco. Mi chiedono se lo facciamo anche noi, quando si tratta per lo più di sperimentazioni che sono fatte ancora sui topi.”

I fattori che hanno contribuito al cambiamento sono numerosi. Certo, tra i più importanti vi è la trasformazione delle forme della comunicazione medica in ambito sociale, che non è soltanto, come viene citato in gran parte delle interviste, il fatto che il paziente sia più informato o che si presuma più informato. Questo è senz’altro un elemento centrale. I pazienti leggono le riviste, i rotocalchi, guardano la televisione e la citano, sanno di medicina oggi molto più di quanto non avvenisse trent’anni fa. Ma è soprattutto un altro elemento ad essere significativo: la piazza mediatica è un brodo nel quale tutti conviviamo. Se noi ci fermiamo alla tematizzazione ‘il paziente informato’, rimaniamo all’interno di uno schema ‘duale’ abbastanza classico della relazione medico-paziente, che non a caso è la formula che resiste nell’immaginario, che però non aiuta a capire cosa sta davvero avvenendo nella scena allargata della cura. In realtà, tale scena ha modificato la sua forma. In questo caso, è ‘triangolare’, e i vertici sono il medico – il paziente – i Media. I media non sono una componente di disturbo della diade, ma piuttosto una componente che fa parte normalmente della vita sociale e ne ridefinisce i presupposti. Vista in questi termini, credo che si riesca a restituire il senso forte del cambiamento: la comunicazione scientifica mediatica non è un elemento di disturbo della scena, come tendono a rappresentarla, ma è un elemento costitutivo e stabile.

La sensazione è che i medici tendano a contendersi il paziente in una sorta di conflitto permanente con i media, un universo simbolico che ha codici differenti e nuovi. Le rappresentazioni duali, quelle che presuppongono fortemente l’esclusività del sapere da parte del medico, esasperano questo conflitto permanente, appunto perché continuano ad assumere l’immagine dell’interferenza con la prassi medica’.

“A volte arrivano da me i pazienti che prima di dirmi cos’hanno già mi chiedono convulsamente se si può fare la tal cosa o la tal altra. Ed io devo metterci veramente

mooolta pazienza e mooolta fatica per strutturare un discorso terapeutico centrato...
'Ok, resettiamo tutto: punto primo, le cose stanno così e così; punto due, dato che le cose stanno così, noi possiamo fare questo ma non quello; punto tre...' 'Si, ma io ho sentito questo...' 'Si, lei ha sentito questo, che non è falso ma non teneva conto di...' E via di questo passo, capisce? A volte, non le nascondo, mi verrebbe voglia di mandarli da qualche altra parte. 'Ah, in quel centro fanno miracoli? E allora vai, cosa fai ancora qui?...'"

"Siamo sempre di più di fronte ad un paziente che ti tiene sotto controllo, un paziente che vuole essere sempre più partecipativo. Ci può essere l'aspetto un po' negativo, perché uno si sente sempre, magari, un po' messo in discussione, e dall'altra parte positivo per la collaborazione che si può instaurare."

"Da quando ho cominciato io è cambiato tantissimo... dal 1977 è cambiato tantissimo! Nel senso che secondo me nel '77 il medico era medico. Il medico non era possibile metterlo in discussione. Il medico era una figura che veniva guardata dal basso in alto, però in quest'ultimo periodo c'è innanzitutto la possibilità di accedere ad informazioni, accedere alla conoscenza attraverso internet, quindi tutti leggono e sanno un po' di tutto, spesso interpretando malamente, però nonostante questo hanno spesso degli argomenti di discussione, di richiesta. E quello che vedo è che sul medico forse ci sono delle richieste da parte di una certa parte dei pazienti che sono veramente molto assillanti e spesso anche prepotenti."

Certamente i media possono rendere più complesso il processo di attribuzione di una 'fiducia stabile' al medico, a causa di una comunicazione 'non appropriata'².

Alcuni autori, ad esempio, propongono di sostituire il termine di 'paziente' con quello di 'esigente' (Cavicchi, 2002)³. Penso però che tale attribuzione di fiducia, peraltro necessaria alla cura, sia oggi più difficile anche perché il paziente nutre una propria immagine di salute, e difende le proprie aspettative, non solo in termini di conoscenze scientifiche. Penso ad alcune componenti culturali e sociali della malattia...

² Si veda a questo proposito l'intervento di R. Turlo, *Per una comunicazione appropriata*, Tendenze nuove 2000/1, Ed. Fondazione Smith Kline.

³ I. Cavicchi, *Pluralismo o Babele Medica? Chi, come e che cosa scegliere per curarsi*, in *Medicina e multiculturalismo, dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, (AA VV), Ed. Apèiron, Bologna 2002. Dello stesso autore ricordiamo altre opere dedicate alle stesse problematiche: I. Cavicchi, *L'uomo inguaribile, il significato della medicina*, Ed. Apèiron, Bologna 1998; I. Cavicchi, *Filosofia della pratica medica*, Bollati Boringhieri, Torino 2002.

Certamente. L'area dei diritti, ad esempio, è strettamente associata ai cambiamenti osservati. Il diritto alla salute, di cui tanto si parla, non è soltanto essere più informati sui propri diritti. L'universo dei diritti è un universo simbolico nel quale si gioca un insieme di significati differente dall'universo simbolico dell'informazione, se vuoi connesso, ma differente. Nell'universo simbolico dell'informazione vediamo contrapporsi 'sapere - non sapere'. Nei diritti, il problema è 'giusto - non giusto'. Non a caso, la conflittualità è molto più marcata, e vede entrare più spesso i familiari nei resoconti dei medici.

E non a caso, ancora a tale proposito, vi è una differenza radicale tra medici ospedalieri e gli altri medici: i primi si sentono molto più ingaggiati dentro la problematica della 'sindrome del risarcimento', come è stata chiamata da qualcuno, o dell'iper-legalizzazione.

Cero, vi sono anche delle analogie tra rappresentazione del mondo dell'informazione e rappresentazione dei diritti del paziente. L'analogia è che in tutti e due i casi, il medico si sente chiamato a reagire rispetto a stimoli che provengono da altri soggetti, il paziente, il sistema dei media, le associazioni dei malati. Tali stimoli proverrebbero dall'esterno rispetto alla diade, e al sapere della relazione 'abituale', e che perciò sarebbero elementi di disturbo. Con questo non voglio dire che ciò vale per tutti i medici incontrati: c'è chi tende a considerare la presenza di altri soggetti e delle loro istanze come parte integrale della scena di cura, parte stabile. Anzi, c'è persino il caso di medici specialistici, come i chirurghi, in cui è diffuso il pensiero che si faccia parte di un mondo conflittuale dove ciascuno si fa il proprio avvocato e dove la fiducia su un piano interpersonale non si pone più. Una forma di iperadattamento al nuovo contesto, direi.

“In genere le dirò, ho avuto l'impressione che non è il paziente, sono i familiari del paziente. Perché il paziente, non so come dire, ha bisogno di affidarsi, bisogno di appoggiarsi, quindi vede nel medico che in quel momento lo cura qualcuno che sta pensando a lui. Non vuole, tante volte, sapere bene che cos'ha, come andrà a finire, perché è un peso così grosso, la malattia, la sua malattia... perché anche la cosa più banale, per certe persone, ha un peso importante. Mentre i familiari, che non sono loro gli ammalati, non sono loro che stanno male, non sono loro che hanno bisogno di affidarsi, di sentire che c'è qualcuno che pensa a loro, si pongono molto in atteggiamento critico. Cioè, magari tu puoi fare tanto, e questo è solo il tuo dovere, poi commetti un passo sbagliato, ed ecco che il medico ha sbagliato... Capito?! [...] Spesso e volentieri non è il paziente che si lamenta, che distrugge il rapporto, ma sono i

familiari che sono in attesa che tu facessi un... [...] Da qualche anno avvengono delle cose che mi danno veramente fastidio. C'è spesso da parte degli ammalati un atteggiamento aggressivo, ma direi più dei familiari che degli ammalati.”

“Io personalmente non riesco a dire ‘cancro’ oppure ‘lei ha il 5% di probabilità di sopravvivere 5 anni’. Ecco io queste cose non riesco a dirle. Il massimo che riesco a spiegare è: ‘ Ci sono delle cellule un po’ irregolari, allora facciamo questo intervento...’. Dopo lui alla fine mi dice: ‘Ma come, per due o tre cellule irregolari mi hai fatto questo intervento?!’ [...] Il consenso informato... Col consenso informato non è che il paziente mi dà carta bianca. Il paziente mi dice: ‘Io voglio sapere, tu hai il dovere di dirmi come stanno le cose’. Io ho il dovere di farglielo capire. Uscirne...”

Direi poi che c'è un terzo universo simbolico importante, presente costantemente nelle interviste: quello della tecnica e dello specialismo. Su questo piano emerge un elemento nuovo: al tema della crisi della gerarchia, che il medico avverte essere innescata dall'esterno, principalmente dal malato, si aggiunge il tema della crisi endogena, appunto lo sviluppo della tecnica e dello specialismo. Non amo molto il termine crisi e non lo uso abitualmente, perché penso che sia improprio: dalla modernità in avanti, la sensazione di crisi è la nostra vita. Diciamo che vi sono nuovi problemi relazionali emergenti. Il medico non può dire a se stesso che l'enorme sviluppo tecnologico degli ultimi decenni sia interamente causato dall'aumento della domanda di salute. Egli piuttosto deduce che i due fenomeni citati procedono parallelamente. E ciò produce, a suo avviso, un circolo vizioso.

“Viene una persona e mi dice: Dottore, mi fa male qua, non avrò un cancro al cervello? A quel punto io cosa faccio? Siccome non sono Mandrake... magari non ha niente, al 99% non ha assolutamente niente, ma questa sua ansia mi coinvolge, questa sua fobia... allora cosa faccio? Parto con le analisi. E a quel punto, tra le fobie del paziente e il ricorso alla tecnologia si stabilisce un circolo vizioso.”

“Siamo stati messi di fronte ad una scelta: o ci occupiamo del paziente o dell'utilizzo della tecnologia. Naturalmente questo ha rivoluzionato un modo consolidato di lavorare, che era che ognuno di noi aveva una parte della giornata dedicata al reparto e una parte della giornata dedicata allo strumento. A questo punto la nostra équipe si è divisa in due gruppi e ogni persona fa una sola cosa, si dedica solo a quello. Chi si dedica all'utilizzo dello strumento tecnologico, ovviamente, ha a che fare solo con lo strumento e vi è una totale assenza del rapporto con il paziente che diventa un semplice ‘oggetto’ al quale applichiamo gli strumenti.”

Qui non c'è soltanto il racconto di un paziente che arriva e mette in crisi la gerarchia con le proprie conoscenze, ma c'è lo sposarsi di questo processo con quello della trasformazione ipertecnologica della prassi medica.

Semplificando, direi che il tema emergente in termini relazionali, avvertito come nuovo, è quello della crisi della gerarchia. In termini più formali, a mio parere, il problema va meglio definito come coesistenza di dimensioni gerarchiche e dimensioni paritarie, un formalismo molto complesso. Un formalismo che nella logica si chiama 'paradosso' e che nella comunicazione si chiama 'paradosso comunicativo': la gerarchia non ha più un fondamento indipendente dall'interazione paritaria, ma deve essere appunto conquistata attraverso l'interazione paritaria. Ma se conquistata attraverso la parità, non sarà più la gerarchia immaginata tradizionalmente. Una gerarchia negoziata tra medico e paziente è una gerarchia diversa.

“Il paziente apprezza ancora molto il medico che si prende cura di lui, che lo investe globalmente, che fa gli esami, sì, ma poi ne discute con lui, cerca di ragionare con lui, ecc. Da un lato, [...] il paziente desidera ancora questo. Dall'altro, allo stesso modo, lo si può trovare anche nella stessa persona o in persone diverse, spesso è lo stesso paziente che chiede l'esame che ha sentito il giorno prima alla televisione [...]. Se il medico si pone nei confronti del paziente con un atteggiamento tipo 'Il medico sono io, quindi sono io che so queste cose e so cosa è più opportuno per te', allora qui le cose si fanno drammatiche, a mio modo di vedere. Il rapporto si incrina subito non c'è dubbio.”

“Oggi al paziente che viene e mi dice 'Dottore, lei cosa mi consiglia?', che è una cosa che molti chiedono, non posso dire 'Io ti consiglio questo' e congedarlo. E magari gli consiglio solo quello perché alla fine ne traggio vantaggio, o ne ho qualche convenienza, oppure perché sono pigro, o non mi aggiorno e dico a tutti la stessa cosa...Eh no. Io invece consiglio il paziente dandogli diverse possibilità, cercando anche di responsabilizzarlo, dicendogli o facendogli capire che quel processo è fatto di un insieme di attori e che anche lui è uno di loro. Qui sta la differenza tra oggi e vent'anni fa. Allora la scelta era fatta dal medico in modo paternalistico, che imponeva al paziente, magari più vecchio di lui di fare così perché glielo diceva lui. Adesso siamo costretti a dire: le possibilità sono queste, e i risultati di ciascuna opzione possono essere questi oppure altri. Io do il mio consiglio, ci mancherebbe, ma poi non decido da solo. È anche il paziente che decide.”

Ma la negoziazione della gerarchia non è pericolosa in questo contesto, cioè nella scena di cura, dove la disparità dei saperi scientifici (quello del paziente e quello

del medico) è alla base del processo di affidamento? Voglio dire, negoziare la gerarchia significa mettere in discussione il proprio immaginario rispetto alla figura del medico. Allo stesso tempo, la disparità di sapere scientifico fa parte integrante della relazione ‘medico – paziente’: se viene messa in discussione con forza non proietta entrambi gli attori ‘fuori’ dalla scena di cura?

Ma certamente! Ed in questo senso è una sfida ‘paradossale’: secondo i resoconti ascoltati, il medico avverte che il paziente gli pone domande sempre più impossibili, che esprime un desiderio di immortalità. Ma questo vuol dire che ha un’esigenza di affidamento fortissima. Però la gerarchia che si va a costruire, essendo fondata sull’accordo negoziale e non sull’affidamento a priori, rischia di deludere costantemente, innanzi tutto il paziente, e di provocare una sorta di rilancio all’infinito. Il rilancio infinito è un tema fortemente in relazione con quello dell’informazione scientifica e dei diritti.

Infine, collegando il tema della tecnologia, il problema dello specialismo e della frammentazione della medicina, emerge un altro aspetto critico: il paziente perde il medico, perché nessuno tiene più le fila del suo percorso, e il medico perde un paziente nomade.

“Il paziente è diventato come una pallina di un flipper.”

“Siccome vuole guarire, va da un medico poi da un altro e poi da un altro ancora., e noi non lo troviamo nemmeno più, noi.”

“Spesso il paziente arriva che conosce già le possibili opzioni terapeutiche. Arriva già informato e spesso con una sua idea, una sua preferenza. Se questa sua preferenza non collima con le idee che gli sono suggerite, allora si apre la contrattazione tra medico, paziente e familiari, ed è necessario un impegno e un coinvolgimento. Anni fa la figura del medico aveva un ruolo diverso, nel senso che illuminava il buio del paziente che non sapeva nulla di queste cose, gli indicava una direzione che generalmente non era contestata anche perché non esisteva questa varietà di opzioni possibili. In generale era una medicina più semplice. La complessità delle possibili diverse risposte, il fatto che oggi c’è una medicina con personaggi che fanno pubblicità sul proprio prodotto, si sa che in altre città, in altre regioni o in altre nazioni si fanno cose che possono essere diverse, o considerate di eccellenza in quel settore... C’è quindi un bisogno continuo di rassicurare il paziente sulle capacità delle strutture locali di fronte alla situazione, alla patologia. Oggi il cittadino medio non dà per scontato di servirsi della struttura della sua città, ma va dove ritiene di trovare la cosa migliore, e quindi da parte nostra c’è la necessità di una autopromozione continua.”

Mi sembra un altro paradosso. Si potrebbe dire che, da un lato, aumenta il controllo sui processi organici, dall'altro diminuisce il controllo sull'interazione 'medico – paziente'. È vero?

È così. E questa è una cosa avvertita moltissimo sia dai medici di base sia dai medici ospedalieri, anche se in termini diversi. I medici di base vedono valorizzati alcuni aspetti della loro figura, poiché loro sono quelli a cui è affidata la funzione di coordinamento in un processo 'che si va a sfilacciare', come dice un intervistato. Lo *sfilacciamento*... ecco una metafora molto utilizzata. Si fa così una grande fatica. Anche *fatica* è una parola che i medici utilizzano tantissimo. In generale, io trovo che c'è un affaticamento fortissimo della categoria. Per altri medici, come i chirurghi, tale difficoltà di interazione non è un problema 'professionale': il coordinamento non rientra nei propri compiti, secondo un immaginario diciamo 'meccanico' che prevede il motore 'fuori' dal proprio agire (molti chirurghi usano a tal proposito la metafora della 'catena di montaggio').

“Cambiamenti tecnologici e specialistici ce ne sono stai tanti e alcuni enormi. Tuttavia non hanno tanto inciso nel rapporto tra il medico e il paziente, ma soprattutto nell'ambito specialistico, in senso tecnico, quello sì. [...] Soprattutto per il fatto che oggi, con gli strumenti che abbiamo, oltre a vedere meglio eventuali danni, siamo in grado di intervenire a dei livelli assolutamente impensabili qualche anno fa e con degli indici di mortalità post-operatoria molto ridotta. Quanto al rapporto medico-paziente, la cosa non si è evoluta moltissimo, e questo perché questo rapporto è lasciato nelle mani del chirurgo e alla sua iniziativa [...]. Sicuramente se migliora la tecnologia migliorano le cose anche per il paziente. Ma nel rapporto interpersonale dipende dai chirurghi. Ci sono alcuni più disponibili ed altri meno.”

“Il progresso, in tutti i settori, dalle terapie migliori alle diagnosi migliori, cioè più precoci e precise, porta vantaggi per i pazienti. Pensi solo all'ecografia [...]. Da questo deriva sicuramente una maggiore sicurezza per il paziente riguardo alla possibilità di avere una diagnosi corretta, che è indispensabile per poter impostare una terapia adeguata [...]. Ma indubbiamente ci sono anche degli svantaggi. Si va verso una medicina sempre più spersonalizzata, in cui la tecnologia e l'esame strumentali sono principi. Mi sembra che una simile impostazione... non so come spiegarle... più noi siamo precisi, più lo sono i nostri strumenti, più qualcosa ci sfugge, ci manca. I pazienti mi pare che siano alla ricerca di un certo tipo di medico, che noi non possiamo più offrire [...], intendo dire una figura a cui rivolgersi per saperne di più, per collegare gli

esami specialistici, la diagnosi, le terapie... Vedo spesso pazienti un po' persi, che avrebbero sicuramente giovamento, e badi che lo dico anche in termini strettamente medici, solamente se riuscissero a capire meglio qualche passaggio, se ci fosse qualcuno in grado di guidarli, sì, di seguirli di più, ecco.”

Un simile gioco di ‘parcellizzazione’ della scena di cura e di distribuzione delle responsabilità potrebbe anche essere indotto dal processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie pubbliche, vale a dire da questa strana commistione tra istanze economiche e istanze di cura, nuova per il contesto italiano...

Nell’immaginario sull’aziendalizzazione si ha un processo analogo. Ma la frammentazione si esprime in un altro universo simbolico. La semantica non è più la semantica medica, come nel caso dello specialismo, ma la semantica dell’organizzazione, completamente diversa. Però si riproduce sempre lo stesso paradosso: aumenta il controllo – si perde il controllo. Secondo il medico, si sanno valutare meglio i singoli pezzi dell’azienda, i singoli processi di cura dal punto di vista finanziario, ma l’insieme sfugge. Non ci si preoccupa solo per il paziente, ma anche per se stessi. Nelle interviste si esprime la paura di trovarsi sbalestrati, diretti senza chiarezza.

“Credevo molto in quello che veniva fatto all’inizio del processo di aziendalizzazione. Quando questo processo ha cominciato a dare i primi risultati mi sono reso conto dei limiti. Adesso sono piuttosto deluso di questo processo, mi accorgo che questo processo è molto più lungo di quello che mi immaginavo. Siamo ancora in una fase di affanno e di confusione. Noi dell’azienda abbiamo preso solo alcune prerogative, cioè quella di contenere le spese, ridurre la durata della degenza, ridurre ... ridurre... ridurre! Ma abbiamo perso tantissimo per esempio nel rapporto medico - paziente, abbiamo perso tantissimo nella qualificazione del medico professionista, abbiamo perso moltissimo nel piacere di lavorare e siamo tutti depressi.”

“Il paziente perde sempre di più la figura del medico... del medico che tira le somme. Il paziente va dal cardiologo, dall’endocrinologo, viene qui un giorno ed io non ci sono per cui lo vede un collega... va da questo e da quello. Ma poi? Se io non riesco a parlare con tutti questi e non mi prendo carico di questo lavoro, che ne è del paziente? [...] Questa è un po’ la mia impressione. I medici sono più competenti, ma poi si perdono il paziente, che è costretto a andare di qua e di là, che è sconcertato.”

Penso che il paradosso si colga molto bene nella metafora del ‘tempo’ come ‘risorsa’ (avere poco, avere molto tempo), presente in molte interviste. Questa espressione esprime una difficoltà relazionale attraverso un linguaggio finanziario, o se si vuole organizzativo. ‘Ho bisogno di più tempo per negoziare la fiducia, ma l’azienda mi porta nella direzione opposta’. È questo che sembrano dire molti medici intervistati. La divulgazione medica fa aumentare il bisogno di confronto, di colloquio tra medico e paziente, e parallelamente l’aziendalizzazione delle strutture sanitarie tende a ridurlo per motivi finanziari...

Questa è l’altra faccia del paradosso: processi paralleli che tirano in direzioni opposte. In questa tensione, il medico magari riesce a gestire il suo compito, ma perde il senso della realtà, il senso dell’insieme del processo di cura e delle sue motivazioni. Così si perpetua un paradosso.

“Non ho più tempo per parlare con il paziente perché tutto il tempo che ho lo impiego in cose burocratiche. Per stare dentro i ritmi prefissati. Solo così riesco a controllare meglio il pezzo che sta a me controllare.”

“Dobbiamo cominciare a chiederci se tutta una serie di processi comunicativi, in sé giusti, non abbiamo prodotto degli effetti sbagliati, per esempio l’effetto di produrre un forte senso di irrealtà nella percezione del processo di insieme.”

“Certo siamo tutti un pochino più persi. Insomma, se uno ha un po’ di buona volontà cinque minuti, due minuti riesce sempre a darli...”

“Le cose si fanno più in fretta. Io poi il mio tempo ai pazienti lo dedico ugualmente, cerco di parlare, di spiegare, ma mi rendo conto che, sì lo faccio, ma a volte è più difficile farlo, ricavare, si tratta proprio di ricavare, gli spazi necessari. [...] Pur ammettendo che tutti possano più o meno volere il confronto, abbiamo meno tempo per farlo. Io poi non so quanto i pazienti percepiscano questa cosa. C’è un intreccio di cose che cambiano, e non solo qui, ma dappertutto.”

“La burocrazia è aumentata per tutti. Se devo rendere conto di tutto, ci sarà un modulo per tutto. Lei immagina quanti atti terapeutici se li vogliono chiamare così noi facciamo in un giorno? Sono tantissimi. Beh, schedarli tutti, rendere conto di ognuno oltre che dal punto di vista squisitamente sanitario anche dal punto di vista dei costi, non è facile. Eppure sono cose che dovremo fare, ci dicono. Per forza poi c’è meno tempo da dedicare ai pazienti, e poi questi si arrabbiano e poi...E poi non finisce più! È un circolo vizioso.”

Come possiamo descrivere in maniera riassuntiva l'evento comunicativo 'medico – paziente' nella nostra società?

Alla fine dei conti, si può dividere il discorso in due temi emergenti dalle narrazioni dei medici: il tema della difficile coesistenza tra dimensione relazionale gerarchica e dimensione relazionale paritaria, che mette in crisi l'affidamento, e il paradosso dell'iper-controllo biomedico e amministrativo, che induce la perdita di controllo complessivo dell'iter di cura.

Emergono grosso modo tre modi di 'stare dentro' a queste contraddizioni. Uno è quello che potremmo chiamare, un po' impropriamente, '*omeostatico*', un altro è quello che potremmo chiamare '*meccanico*', un altro è quello che potremmo chiamare '*involutivo*'.

Il modello interattivo '*omeostatico*' è più diffuso nei medici di base e, in forma particolare, nei medici dei reparti di degenza. La rappresentazione omeostatica è quella di una scena comunicativa che tende ad allargarsi e a proporre al medico sfide interattive nuove e molto faticose.

“Passo il tempo a spiegare, spiegare, spiegare. Poi sono distrutto.”

“Cerco di fare il loro bene, ma è davvero una grandissima fatica psichica.”

“Abbiamo perso moltissimo nel piacere di lavorare e siamo tutti depressi. Noi medici siamo tutti depressi qui dentro. Non facciamo più i medici, non ci sentiamo più medici, noi medici abbiamo bisogno del paziente.”

In questi casi, si percepisce che c'è un affaticamento in corso, ma in qualche modo è funzionale al recupero del paziente, che è possibile: il medico individua la possibilità, seppure a grande fatica, di svolgere un compito di ricucitura. I vari universi simbolici, informazione, diritti, azienda, possono essere 'ritessuti', per quanto siano 'sfidanti' e 'sfilacciati', e sia pure ad un prezzo crescente.

Poi c'è l'immaginario di tipo '*meccanico*', proprio soltanto di una minoranza, ad esempio di buona parte dei medici dei reparti di emergenza, che si sentono immersi in una sorta di 'catena di montaggio'. La differenza rispetto all'immaginario omeostatico è che, mentre in quel caso il medico immagina 'il motore' del cambiamento interno alla macchina, cioè incluso nella sua prassi, in questo caso il medico immagina 'il motore' come esterno: non avverte di avere un ruolo particolare nella messa in relazione degli universi simbolici, nella ricostruzione della 'macchina'. Lui compie il suo mandato nel fare la sua parte.

La dimensione relazionale non è percepita, in questo caso, con una sua autonomia, ma è una variabile dipendente da variabili non relazionali, identificabili con la ‘prestazione’.

“In fin dei conti anche della fiducia interpersonale e del dialogo ce ne possiamo infischiare. Ci sono gli avvocati. Noi dobbiamo fare il nostro mestiere. Sa, la relazione dipende da come va l’intervento.”

Il terzo modello di rappresentazione della comunicazione medico – paziente è quello ‘*involutivo*’. La differenza rispetto ai casi precedenti è che il medico avverte un’enorme fatica a restare all’interno di questa scena di cura, che sente ‘invivibile’. Ci sono due varianti: i medici che pensano che la vittima principale della situazione siano i pazienti, e quelli che pensano di esserne vittime loro stessi. Questa polarizzazione, in realtà, è frutto della stessa sensazione, vale a dire di non farcela più a fare il proprio mestiere.

Facendo un calcolo percentuale molto approssimativo (classificare queste cose è metodologicamente complicato, ed è possibile, come vedi, solo tramite letture incrociate e negoziazione dei significati tra i ricercatori), direi che domina l’immaginario ‘omeostatico’, che caratterizza circa il 40% dei medici intervistati.

Non ho specificato prima che il modello ‘omeostatico’ è suddivisibile ulteriormente. Si individua un sottoinsieme molto interessante, che è quello di un immaginario della comunicazione medico-paziente di tipo ‘negoziale’, legato alla necessità continua di auto-promuoversi, di proporsi ad un cliente che potrebbe sottrarsi, di negoziare con il cliente l’iter di cura. La differenza è che nel modello negoziale, il medico avverte di dover negoziare volta per volta lo scambio, di essere ‘solo’ un consulente, mentre in quello omeostatico egli sente una maggiore inclinazione empatica ed emotiva verso il paziente, e tende ad assumersi la responsabilità, a proteggere il paziente, a educarlo.

“Il paziente molto spesso ha le sue idee. Io gli dico le mie, e poi lui vedrà. In fondo saranno problemi suoi.”

Mi chiedo se avete incontrato medici che vivono la negoziazione come uno strumento utile per prendere una decisione tra le possibili vie di cura. Vi sono medici che vedono nel sapere medico del paziente un’occasione positiva, e non solo

un elemento di disturbo della famosa ‘diade’ comunicativa? E cioè una occasione di ridefinizione della prassi medica, di assunzione consapevole del fatto che vi sono diverse vie e modi di definire e rispondere ad un problema di salute, anche restando all’interno degli stessi paradigmi della medicina occidentale... Penso che i cambiamenti in atto, la divulgazione scientifica, la convivenza di diversi immaginari di salute, la crisi gerarchica, ecc., potrebbero anche essere un’occasione per comunicare meglio la vastità (la pluralità di cure, ad esempio) e, allo stesso tempo, i limiti della conoscenza medica. Questo, paradossalmente, darebbe maggior spazio alle competenze personali del medico poiché riavvicinerebbe tali competenze alle aspettative di cura.

Penso che questa difficoltà d’interazione con gli utenti potrebbe evolvere anche in una rivisitazione critica del modo in cui la medicina occidentale comunica se stessa. In questo senso, si è parlato dell’esigenza di evoluzione ‘neo-ippocratica’ della metodologia moderna dopo la ‘crisi della tecnologia’ (Dinis Da Gama, 2001)⁴. Cosa ne pensano i medici a tal proposito?

La questione che poni emerge molto chiaramente rispetto alle medicine alternative. I medici ospedalieri entrano in contatto con le medicine alternative solo sui giornali. Il paziente non pone a loro domande o dubbi a questo proposito. I medici di base, al contrario, parlano di pazienti che ricorrono o vogliono ricorrere anche alle medicine alternative. Si tratta, ricordo a memoria, di 22 medici. Fanno riferimento soprattutto a omeopatia, un certa erboristeria e pranoterapia. L’agopuntura ormai è accettata. Sette di loro rispondono in maniera semplice e modesta, anche se un po’ polemica: “Non mi riguarda, sanno che sono contrario”, “È una cosa semplice, umana”, o addirittura “È un mio limite, io non conosco queste cose e loro si rivolgono ad altri”. Cinque sono più disponibili, ed ammettono di farne un uso molto limitato, riflettono sull’effetto placebo, sul valore curativo delle parole.

“Anche la parola sole fa bene. Se il mio dovere è quello di farlo stare meglio, perché non riflettere su questo.”

Ma sono un numero veramente limitato di casi, 2 o 3. Nel complesso, poi, mi sembra che la cosa sia così: sanno che c’è una richiesta emergente da parte dei pazienti,

⁴ A. Dinis Da Gama, *La crise de la médecine contemporaine ou la ‘seconde mort’ d’Hippocrate*, Journal des Maladies Vasculaires, Paris, 2001, 26,5.

ma percepiscono questa richiesta come rivolta fisiologicamente ad un universo parallelo, assorbita da questo universo parallelo, che non può metterli in crisi. Non sono esasperati da questo come lo erano da un paziente che ne vuole saperne di più o che ha delle manie legalitarie. Non si sentono minacciati come nel caso della crisi gerarchica.

Ma io farei un'ulteriore riflessione. Partiamo dal presupposto che le problematiche relazionali sono basilari nel contesto di cura. Quando un cittadino va da uno specialista delle medicine alternative, la richiesta non è letterale, ma metaforica. Non si chiede davvero un farmaco diverso a quello tradizionale. C'è anche questo, ma a mio parere è minoritario. In generale, si porta in questi contesti alternativi un'esigenza relazionale. La vera differenza sta nel fatto che l'omeopata, ad esempio, ti tiene un'ora mentre il tuo medico ti sbatte fuori in cinque minuti. Questo i medici lo avvertono. Non è "scelgo la medicina A invece che la medicina B", ma sono strategie per gestire l'ansia e il malessere.

Ed è questo che a mio avviso rende interessante la sua riflessione. È sempre la problematica di relazione comunicativa 'medico-paziente', che investe l'applicazione alla singola persona della medicina scientifica (quella, per esempio, basata sull'evidenza: evidence-based, come si dice oggi (Panico, 2002⁵)). Torniamo indietro ai concetti di 'malessere' e 'benessere'. Il medico non vive con stress il fatto che il malato cerchi altrove sollievo al malessere che egli si propone di 'curare'. Questo perché a mio avviso ha abdicato al mandato di condurlo a uno 'stato di maggior benessere', e si è fatto carico solo della 'guarigione'. A mio parere il punto focale è questo: il mandato della prassi medica è guarire una disfunzione organica o accompagnare comunque la persona nella malattia verso uno stato di maggior benessere?

Il fatto che i medici accettino bene che il malato trovi maggior benessere altrove, ma vivano molto negativamente, invece, la crisi gerarchica sopra descritta, dà una risposta alla mia domanda. Ci dice che il sapere medico occidentale in qualche modo normalizza la separazione di due percorsi: o la guarigione – o la malattia. Perciò abdica alla seconda, mentre vive con stress tutto quanto rende più problematico perseguire la prima. Questo a mio avviso può dare ragione dei

⁵ Per un approfondimento, proponiamo l'intervento di S. Panico, *Approccio evidence-based e tutela della salute nella cultura medica occidentale*, in *Medicina e multiculturalismo, dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, (AA VV), Ed. Apèiron, Bologna 2002.

paradossi prima descritti. Perché? Perché è evidente che non tutte le malattie sono guaribili. Ed è proprio nelle situazioni in cui non si può ricondurre la persona allo stadio di salute precedente la malattia (pensiamo alle malattie inguaribili o croniche) in cui la relazione ‘medico – paziente’ diviene più significativa e l’intervento medico è indispensabile. Se i medici si fanno carico della guarigione e non dell’accompagnamento nella malattia, sono i primi ad enfatizzare il ‘miracolo’ e l’‘immortalità’. Poi, nelle interviste, dicono che ‘l’immortalità inquina’ la relazione con il paziente... Paradossi.

Mi sembra una riflessione molto importante. Guizzardi⁶ insiste molto sul miracolo. La medicina si mette sullo stesso piano dell’esigenza di vivere un ‘miracolo’, cioè quello di compierlo. Così sconfigge se stessa sin dall’inizio.

Dunque, da un lato il medico si sente frustrato perché imputa alla società dell’informazione il fatto di dare ‘illusioni di immortalità’. Dall’altro, si assume il compito della guarigione e abdica a quello dell’accompagnamento. Confermando così di voler raccogliere la sfida del miracolo. Ma questa è una sfida che può essere vinta solo altrove, appunto nell’universo simbolico della relazione. Ci sarebbe davvero un paradosso nella proposta di cura della medicina occidentale, così come viene elaborata e comunicata?

In un dibattito recente su queste problematiche, un professionista molto conosciuto mi ha detto: “Sì, lei ha ragione, la comunicazione oggi è un problema molto importante, e i medici devono imparare a comunicare, devono imparare che ai pazienti si parla in un certo modo. Per esempio, nel caso delle medicine alternative io devo imparare a comunicare con pazienza e precisione che quelle cose lì non sono fondate”. Io ho risposto: “Un paziente che viene da lei con una richiesta di cura, proprio da lei, che è così persuasivo e capace di comunicare, e lei lo persuade che ‘quelle cose’ non servono a niente... Quel paziente è un paziente in più conquistato ai cartomanti, oltre che a tutti quei professionisti lì”. Ho cercato di spiegare che il sapere delle relazioni non è esterno alla professione medica. Davanti ad una persona che chiede la cura Di Bella, non ha senso mettersi nella disposizione “Sì, ho capito. Non deve farla perché...”, quanto

⁶ G. Guizzardi partecipa allo stesso network di ricerca. Il volume con i risultati finali è in uscita: (a cura di) G. Guizzardi, *Star bene. Le trasformazioni del sapere medico tra convergenze e vie di fuga [titolo provvisorio]*, Il Mulino, Bologna. Inoltre Guizzardi è stato curatore di, *La scienza negoziata, Scienze biomediche nello spazio pubblico*, Il Mulino, Bologna 2001, nel quale è affrontato il tema del miracolo.

piuttosto “Scusi non ho capito. Vuole farla perché...?”. Mettersi nella disposizione del “non lo so” e inventare un nuovo modo per tracciare un quadro diagnostico. Ma non solo un quadro diagnostico della disfunzione organica, ma un quadro diagnostico della richiesta di salute.

L’approccio al caso Di Bella in tal senso è stato paradigmatico. Ho avuto modo di conoscerlo, moltissimi anni fa. Al di là delle considerazioni scientifiche, Di Bella era un diagnosta incredibile, faceva delle diverse forme di ascolto del paziente una questione centrale. Da un lato, poneva tantissime domande sul decorso, sulla storia della malattia, dall’altro, ordinava una serie di esami infiniti. E si torna alla tematica dell’accompagnamento. Ormai siamo messi di fronte alle malattie croniche, ve ne sono sempre di più e ve ne saranno, poiché riusciamo a sopravvivere di più anche malati. E allora tutto il problema dell’accompagnamento della persone che stanno per morire è centrale. O si entra dentro questo codice, o i malati andranno a cercare le alternative, e magari le peggiori, basate su bugie grosse. Ma in un qualche modo avremo contribuito a mandarceli.

Condivido in buona parte quest’analisi critica. Tuttavia è difficile immaginare come la comunicazione e la prassi medica potrebbero modificarsi senza mandare in crisi il sistema di competenze e di atteggiamenti sul quale il medico ha costruito il suo ruolo e grazie al quale riesce a espletarlo (oltre che a sopportarlo). Pensiamo ad un medico che si trova davanti un paziente che vuole andare da Di Bella. Da un lato, non vuole che questa persona si faccia carico (emozionalmente ed economicamente) di una cura che non porterebbe alla guarigione. E perciò tenta o vorrebbe tentare di dissuaderlo. Dall’altro lato, però, lo stesso medico non ha tempo, forze e competenze relazionali su cui costruire l’accompagnamento. Questo ci conduce dritto all’ultima domanda. Si può iniziare da una nuova proposta formativa per i medici? Si potrebbe integrare il percorso formativo di tipo bio-medico con conoscenze di tipo umanistico, e magari formare il medico alle stesse problematiche epistemologiche e relazionali?

Sono d’accordo con te. Bisogna partire dalla formazione. In un incontro recente ho esposto questa problematica: “Voi operate usando le parole. Ad esempio, prima, qualcuno di voi citava ripetutamente l’espressione ‘fare una prova’. Cosa intendeva? Quante ore del corso di laurea sono dedicate all’accordo sulle parole? Nessuna. Eppure è un vostro strumento fondamentale!” Segni, significati, relazioni, interazioni,

mimetismi... Un mondo al quale i medici dovrebbero aprire la loro formazione. Un mondo che viene affrontato oggi in termini ‘meccanici’ invece che in termini ‘ecologici’, per citare Gregory Bateson⁷.

Spero di insegnare presto epistemologia nei corsi di specializzazione medica. Ma purtroppo nelle scuole di specializzazione si arriva tardi. Sono riflessioni che bisognerebbe introdurre prima, ai primi anni di corso. Eppure conoscendo bene l’ambito medico, ti dico che sarà molto difficile. Forse accetterebbero di farlo loro stessi, magari sociologia della medicina, storia della medicina. Ma epistemologia, insegnata da figure provenienti dall’esterno, questo lo vedo molto difficile. Eppure sarebbe fondamentale. Non sociologia della medicina, ma sociologia della conoscenza, cioè come il pensiero e l’interazione sociale siano alla base delle prassi, anche di quelle mediche.

Alla fine, penso che un accordo lo troviamo così: il punto non è trasformare il medico in sociologo, psicologo o amministratore, ma formarlo a una pluralità di linguaggi tale per cui esso possa farsi carico di diversi universi simbolici senza delegarli totalmente.

È vero, su questo siamo d’accordo. Penso che, per i medici, farsi carico di nuovi universi simbolici sia, tra l’altro, anche una via per non cadere ostaggi di comunicatori scientifici più o meno ‘organici’, più o meno ‘interferenti’, o di amministratori poco competenti dal punto di vista medico, ma sempre più ‘efficientisti’ e perciò tirannici.

⁷ Per un approfondimento del concetto batesoniano di interazione ecologica, rimandiamo a G. Bateson, *Verso un’ecologia della mente*, ed. it. Adelphi, Milano 2000. Per approfondire il pensiero dello stesso autore sulla malattia, la sua narrazione ed i significati della cura, consigliamo: Bateson G., Bateson M. C., *Dove gli angeli esitano*, Adelphi, Milano 1989.