

# Contenzioso e aggressioni: (ri)partiamo dal benessere del medico

Negli ultimi anni si è registrato un drammatico cambiamento nella relazione tra medico e paziente, che si è tradotto purtroppo anche in un aumento del contenzioso e delle aggressioni nei confronti del curante. Ne abbiamo parlato con Rossana Becarelli, Presidente di Humana Medicina, già direttore sanitario all'ospedale S. Giovanni Vecchio di Torino, per inquadrarne le cause e soprattutto le possibili vie d'uscita

Livia Tonti

La Medicina ha goduto di enormi progressi negli ultimi decenni, ma a fronte di ciò, invece di osservare una maggiore alleanza tra medico e paziente e una rinforzata fiducia come ci si aspetterebbe, si registra spesso piuttosto una diffidenza reciproca con frustrazione, senso di impotenza e nervosismo da entrambe le parti. Questo comporta ripercussioni cliniche e sulla salute, un aumento dei casi di contenzioso e addirittura di aggressioni nei confronti del personale sanitario. Come se ne esce? Ne abbiamo parlato con la dottoressa **Rossana Becarelli**, Presidente di Humana Medicina (Realtà Euromediterranea per l'umanizzazione della medicina) e per diversi anni Direttore Sanitario dell'Ospedale S. Giovanni Vecchio di Torino.

**?** *Negli ultimi decenni la medicina e i suoi strumenti si sono trasformati molto velocemente, e allo stesso tempo sono emerse alcune criticità, tra cui sembra anche una mancanza di fiducia biunivoca tra medico e paziente. Cosa ne pensa?*

La mia esperienza come direttore sanitario per trent'anni è che effettivamente il rapporto di fiducia si è

spezzato, anche per alcune caratteristiche della Medicina, che si è fatta sempre più spersonalizzata, con il principio, credo anche condivisibile, di rendere le cure il più possibile oggettive, standardizzabili, uguali per tutti. Il rovescio della medaglia è che questo ha tolto molto del rapporto intersoggettivo tra medico e paziente. Molta tecnologia invece di molta semeiotica. Una volta i curanti toccavano, visitavano, auscoltavano, c'era comunque uno scambio, anche tattile, che negli anni è sempre più diminuito nell'attività medica, al punto che viene sentito ora dai pazienti a volte addirittura come un'intrusione.

D'altro canto, per quanto riguarda i pazienti, certamente è cresciuto il livello dell'informazione, grazie a "dottor Google", che, non va dimenticato, in realtà è anche la via di accesso d'informazione comune ai medici e agli operatori sanitari, perché è attraverso Internet che noi oggi troviamo tutto ed è anche su Internet che ci si accultura; tuttavia sentiamo con una certa diffidenza il fatto che anche il paziente sia in grado di farlo, che ha una capacità di documentarsi su fonti, a

volte anche autorevoli, che rendono il medico oggetto di domande, di investigazioni, di curiosità non particolarmente compiacenti della sua funzione, aumentando così la distanza, il distacco.

Distacco che va visto anche sul piano "contrattuale" per certi versi. In America, dove ho lavorato per due anni, questo fenomeno si era reso evidente già alla fine degli anni 60, con l'aumento del contenzioso medico-legale, che ha indotto i medici a trattare il paziente come una controparte e ad aumentare il carico di quegli esami che hanno poi dato luogo al fenomeno della cosiddetta **medicina difensiva**. Questo non ha certo incrementato un'alleanza terapeutica sulla quale noi abbiamo contato per secoli.

**?** *Quindi sono cambiate le dinamiche relazionali tra medico e paziente, e questo ha ripercussioni nella pratica medica quotidiana...*

Certo. Intanto è aumentato moltissimo il **contenzioso medico-legale** anche in Italia. Il **consenso informato**, che naturalmente viene considerato uno strumento di



**Rossana Becarelli**

*Medico, antropologa, filosofa della scienza. Già direttore sanitario di strutture ospedaliere in Piemonte, si è occupata del contenimento del burnout fra gli operatori sanitari attraverso l'arte e approcci olistici. Dal 2009 presidente di Humana Medicina - Rete mediterranea per l'umanizzazione della medicina.*

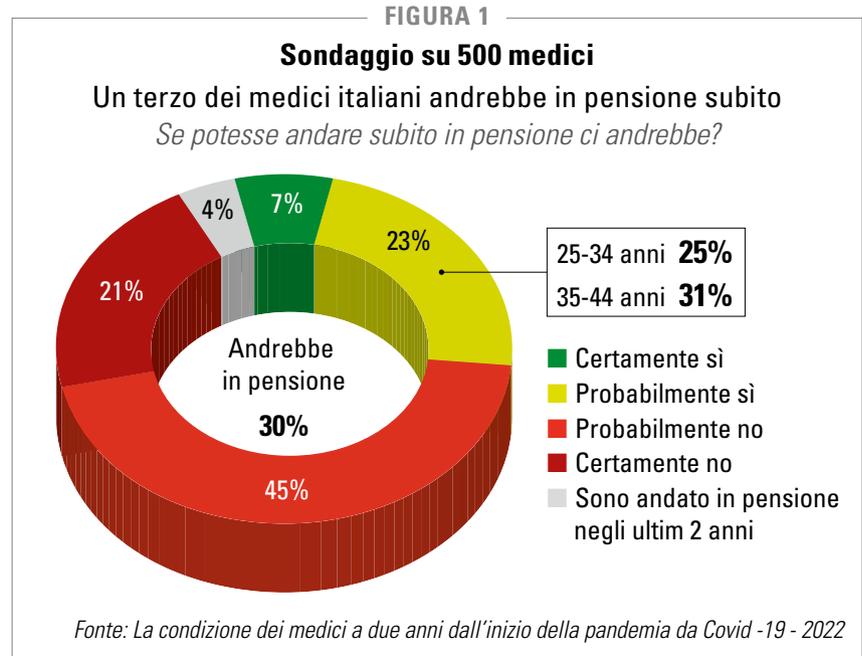
informazione necessario nel rapporto medico-paziente, in realtà, come dicevo, viene vissuto prevalentemente a fini difensivi. Si chiedono consensi informati a raffica oggi nelle strutture, in maniera da presidiare ogni singolo pezzo di attività, e questo appesantisce molto la qualità del rapporto, da un certo punto di vista, perché ogni volta che tu chiedi un consenso in qualche modo hai già delimitato un perimetro, anche informativo, di responsabilità, che può essere sentito anche un po' come aggressivo o troppo difensivo. D'altro canto il medico, e così gli altri operatori sanitari, hanno vissuto negli ultimi vent'anni l'aumentare di un'esperienza che non era mai stata verificata nel mondo medico, che è il **burnout**, cresciuto con una rapidità che secondo me è un indicatore preciso del fatto che anche il personale sanitario non vive bene questa nuova medicina e il nuovo rapporto coi pazienti: ne risente sulla sua propria salute e sulla sua tenuta psicologica e naturalmente poi, per conseguenza, sulla sua capacità lavorativa e sull'efficacia delle cure che porta. Quindi direi che il burnout e il contenzioso medico-legale sono un po' i segni

distintivi e purtroppo non positivi di questa evoluzione che noi abbiamo visto, ripeto, crescere repentinamente nel nostro paese. Questo fenomeno è testimoniato anche da una recente indagine condotta dalla Fnomceo ad aprile di due anni fa attraverso l'Istituto Piepoli ("La condizione dei medici a due anni dall'inizio della pandemia da Covid-19"), che ha dimostrato che una gran parte dei colleghi, anche gio-

vani, vedono come proprio orizzonte la pensione e, come sappiamo, molti di essi appena possono effettivamente imboccano quella strada (figura 1).

**?** Negli ultimi anni sono anche aumentate addirittura le aggressioni ai medici...

Dal punto di vista antropologico le aggressioni secondo me denunciano un fatto intrinseco all'esercizio della medicina, così come la conosciamo. Da un lato noi formiamo nelle scuole di medicina una personalità, un profilo professionale che non si misura mai con lo scacco, con l'insuccesso, con la morte, con la sofferenza. In una indagine che condussi per la Regione Piemonte alcuni anni fa, si rilevava che di fronte al primo evento negativo, la morte del paziente per esempio, alcuni dei laureati lasciano la professione. La modalità con la quale il medico esercita la propria professione



non è mai esente da risvolti problematici per lui, e questo fatto, soprattutto in Italia, viene completamente trascurato e accantonato. E a fronte di ciò è probabile - e nella mia esperienza l'ho chiaramente verificato - che il medico tenda a indurire una sua propensione "autoritaria", che è sempre stata un po' il tratto distintivo di un rapporto medico-paziente molto asimmetrico, ma questo "indurimento" è più dovuto al fatto di proteggere se stesso, la propria fragilità e vulnerabilità come essere umano da quello che gli si presenta con il paziente davanti, il rispecchiamento nella malattia altrui, la percezione della possibilità della morte. Inoltre può essere molto profondo, senza giungere alla coscienza e rimanendo sempre come un basso continuo, il senso di colpa che si prova per il proprio "scacco" e che può rappresentare una messa in discussione della propria autopercezione di potenza, che poco a poco si sgretola e, non avendo strumenti per procedere ad un'analisi, ad un approfondimento di quali siano le ragioni - assolutamente naturali, assolutamente normali in una professione così complessa come quella medica - finisce che il medico si presenti con un atteggiamento che può apparire chiuso, spavaldo e magari a sua volta un po' aggressivo.

Nel contempo, nel corso degli anni noi abbiamo dovuto verificare con enorme sorpresa che dallo stato di passività nel quale giaceva il paziente, in cui in generale il rapporto col medico è sempre stato "dal basso verso l'alto", se vogliamo dare anche una rappresentazione iconografica, si è avuta una grande trasformazione, perché adesso il paziente si è rialzato ed

esprime una reattività eccessiva nei confronti del curante, perché lui stesso arriva con pretese e aspettative di onnipotenza che poi purtroppo vengono per forza di cose smentite.

In Direzione sanitaria abbiamo analizzato nel corso degli anni, la radice, la natura dei reclami che ci giungevano, ed eventualmente anche dei contenziosi, situazioni che possono generare in certi soggetti più irascibili anche il passaggio all'atto, alla violenza diretta. Quello che è emerso è che tutti quanti avevano alla radice un problema relazionale, cioè: **il paziente** ha abbastanza ragionevole contezza che nessuno può fare un "miracolo", ma **desidera essere accolto, ascoltato, essere forse toccato**, in maniera professionale naturalmente, **essere raggiunto da una umanità che possa essere percepibile**. Quando questa umanità viene meno, perché il paziente non percepisce da parte del medico il suo lato umano, questo probabilmente genera una reazione, a volte aggressiva, fino, in alcuni casi, all'atto violento concreto.

*Il paziente desidera essere accolto, ascoltato, toccato, essere raggiunto da una umanità che possa essere percepibile*

La radice del reclamo non è mai risultata nella condizione oggettiva del fatto accaduto. In fondo il paziente non è di solito tanto in grado di decidere la qualità professionale di un medico, ma si rivolta contro una modalità di trattamento che spesso ha proprio le sue radici non certo nella "malvagità" del medico stesso o nella sua indifferenza, ma semmai proprio il contrario! Nei medici in quel momento più vulnerabili la capacità relazionale può es-

sere ridotta e quindi la reazione medica può essere quella di aumentare la corazza, e questo purtroppo genera nell'altro la percezione di non avere davanti un amico, una persona a cui affidarsi, oltre che fidarsi, e quindi, in fondo, è un po' come scagliarsi contro una autorità che a un certo punto perde il suo potere.

*? Nella sua esperienza, quale può essere una strada per sanare o migliorare questa situazione? Cosa può fare il medico, stante questa realtà delle cose?*

*Gli operatori sanitari hanno bisogno di un grande supporto, psicologico, di alleanze, non di casta, non di clan, ma che vada alla radice dei loro problemi esistenziali e anche professionali*

In Italia non si è mai diffusa la pratica dei gruppi Balint [metodo di lavoro di gruppo destinato alle professioni di cura e d'aiuto, che ha come scopi la formazione psicologica alla relazione con il paziente e la promozione del benessere professionale, ndr] o quella dell'audit, molto utilizzata negli altri paesi, che si basa sulla condivisione, per esempio, dei casi, in un setting tra pari. Queste mancanze alla fine generano su se stessi enormi dubbi, che non arrivano quasi mai alla coscienza. Non ce n'è una esplicitazione, ma è chiaro che c'è un sordo mormorio sulla propria capacità di agire, che non si confronta mai con i pari, che non ha un adeguato luogo nel quale essere esaminato con uno spirito imparziale, solidale, non omertoso, uno spirito che permetta al medico di esaminare la sua vicenda in tutte le sue declinazioni: dal punto di vista oggettivo, professionale, certo, ma

anche profondamente umano, per esempio la morte di un paziente, la sofferenza che gli si presenta davanti quotidianamente, elementi che magari oggi tendono a venire occultati, scotomizzati, e che sono invece drammatici nella vita di ciascuno di noi. A furia di rimuoverli, come avrebbe detto Freud, questo va a creare un malessere che poi si traduce nel burnout: insonnia, dormire male, avere incubi, portare sul lavoro delle preoccupazioni familiari delle quali non si riesce più a contemperare l'effetto.

 *Lei ha lavorato molto su questo tema in veste di Direttore sanitario di un importante ospedale torinese...*

Sì, io ho lavorato moltissimo in ospedale su questo elemento e devo dire con grande successo, nonostante si trattasse di un ospedale oncologico, cioè un ospedale monospecialistico dedicato alla malattia che in quegli anni si considerava la principale causa di burnout. Anche perché l'oncologia particolarmente ha con sé potente l'elemento dell'imponderabilità, dell'efficacia non sempre certa delle cure, in anni addietro addirittura di scarsa efficacia delle cure. **Nell'ospedale noi abbiamo inserito per molti anni tante attività, prevalentemente di tipo artistico, a supporto degli operatori, permettendo loro di allentare un po' il carico, di elaborare i propri vissuti negativi.** Conclusivamente, dopo tante iniziative, musicoterapia, danzaterapia, meditazione, massaggi di rilassamento, abbiamo portato in ospedale per due anni un cantiere teatrale che ha chiuso questa esperienza con enorme successo anche per la capacità di penetrare proprio questi problemi. Molte

cose che ho detto adesso le ho desunte proprio dalla nostra esperienza con il **teatro Sociale di Comunità**. Tengo a precisare che non si trattava di rappresentazioni teatrali, ma di un'espressione del lavoro che si conduce fra pazienti e operatori, che poi veniva restituita anche con brevi azioni, oggi diremo dei *flash mob*, in varie parti dell'ospedale, a cui erano invitati sia pazienti che operatori e nei quali gli operatori potevano riconoscersi nelle cose che avevano condiviso e che venivano narrate dagli attori con una capacità di restituzione che io ho chiamato molto "epica".

*Perché in fondo la medicina è epica, ha un'epos nella sua struttura, ha una tradizione anche mitografica*

Quindi diciamo che il luogo giusto, antico, in cui ritrovarsi può essere veramente l'esperienza del teatro greco. C'è un film che lo narra molto nei dettagli, finanziato dall'Università di Torino e che si chiama *Porte, soglie e passaggi*, nel quale molti operatori si sono raccontati a viso scoperto, anche su aspetti

mai detti della professione di cura e molto emblematici, invece, secondo me, di quella che è la Cura. Credo che nessuno scelga di fare il medico per diventare un robot, ma che **chi sceglie una professione di cura lo faccia perché desidera esprimere una qualità umana.** Quando arriva nella scuola di medicina viene indotto spesso a dimenticare le sue qualità umane, e ritrovarle nel corso della propria professione è un processo che può essere lungo e, a volte, con effetti secondari non indifferenti e spesso non positivi. Quell'esperienza di due anni in ospedale è stata di grande aiuto sia per i medici, infermieri e tutti gli operatori, ma anche molto per i pazienti, che hanno vissuto un'esperienza rigenerativa. **Noi non possiamo pensare alla cura come qualcosa che ti guarirà, ma qualcosa che ti accompagnerà in un processo esistenziale. Questa è l'idea di cura. E quando l'idea di cura è ben vissuta serve sia ai curati che ai curanti, perché in fondo curare è una delle più straordinarie esperienze che una persona può fare nella vita.**

#### HUMANA MEDICINA - RETE MEDITERRANEA PER L'UMANIZZAZIONE DELLA MEDICINA

La Rete Euromediterranea per la Umanizzazione della Medicina (HUM MED), fondata nel 2009 a Torino, ha lo scopo di riportare la medicina alla sua vocazione primaria, umanistica e olistica.

Unisce ospedali, università, enti di tutela della salute, e soci indipendenti (ricercatori, antropologi, artisti, architetti, economisti, filosofi) provenienti dall'Europa e dal bacino del Mediterraneo, con la finalità di reintrodurre le arti, la filosofia e la spiritualità nell'ambito della medicina.

La Rete Euromediterranea HUM MED progetta e realizza interventi di formazione per i professionisti della salute e sviluppa programmi di sostegno ai processi di partecipazione attiva per il miglioramento del benessere psicofisico e della qualità della vita rivolti ai cittadini europei.

■ Per ulteriori info: <https://www.humanamedicina.eu>