

Trasformazioni e prospettive delle relazioni di cura nello scenario contemporaneo

Marco Ingrosso¹

¹ Professore Ordinario di Sociologia generale e Sociologia della salute, Università di Ferrara;
Direttore Laboratorio Paracelso, Università di Ferrara

Abstract:

1. Il concetto di “**paziente**” ha assunto diversi significati, da quello di “sofferente” a quello di colui che attende pazientemente l'intervento d'aiuto. Soprattutto rimanda ad un'immagine tipica dell'assistito nella cultura moderna caratterizzata da passività, fragilità, scarsa socializzazione alle problematiche sanitarie, e quindi da affidare alla guida illuminata e benevolente del medico.
2. Nella società contemporanea questa figura è profondamente cambiata sia per ragioni strutturali (reddito, scolarità, durata vita media) sia per ragioni culturali (riconoscimento di principi etici di autodeterminazione e parità, disponibilità di informazioni medico-sanitarie), ma anche per i miglioramenti occorsi nella gestione delle malattie e disabilità, per un più favorevole riconoscimento legislativo, per la partecipazione attiva dei cittadini alle vicende dell'organizzazione sanitaria.
3. Per questo, sempre più spesso, il concetto di paziente è stato abbinato ad aggettivi in apparente contrasto col suo significato tradizionale (*ossimori*), quali: **paziente empowered, attivo, informato, competente, esperto, responsabile** e così via.
4. Sono state anche proposte diverse *denominazioni alternative*, quali **cittadino, utente, cliente, care-receiver, cared-for person** e altre volte a veicolare diverse immagini e quadri interpretativi della persona in cura. In particolare, si è molto diffusa negli ultimi anni nella letteratura politico-sociale l'accezione, spesso data per scontata, di “**cliente-consumatore**”, imputata di essere responsabile dell'attuale caduta di fiducia nei rapporti fra servizi sanitari e utilizzatori, e quindi all'origine della “*medicina difensiva*”, frutto di conflittualità e generatrice di sprechi di risorse (Cosmacini, 2013; Flamigni e Mengarelli, 2014).
5. Passando in rassegna le *diverse interpretazioni sociologiche del ruolo sociale della persona in cura*, troviamo chi ne dà una *lettura multidimensionale* (Vedelago, 2016), articolando la figura dell'utente-attore in quella del **beneficiario**, del **paziente**, del **cliente**, dell'**utente di comunità**, del **cittadino**, dell'**utente-professionalizzato**. Tuttavia si constata che ben pochi utenti riescono a rivestire contemporaneamente le varie accezioni e che quindi tale articolazione rimane *frammentata*, più definita dalle diverse strutture sociali che dagli stessi utenti.
6. Altri autori (ad es.: Fotaki, 2010; Dent et al, 2011; Newman e Tonkens, 2011) cercano di isolare alcuni ideal-tipi (*figure modali*) associati a specifici *quadri interpretativi*: il **Consumer**, attivo nella **scelta** del mercato dei servizi e prestazioni; il **Citizen**, che intende **partecipare** alle fasi politico-gestionali dei servizi sanitari; il **Co-producer and responsabilized agent**, caratterizzato dalla **responsabilizzazione** nei percorsi di cura da parte di soggetti, famiglie, careers, associazioni.
7. Vi è anche però chi fa notare (Dent e Pahor, 2015; Bronzini, 2016) che se inseriamo le tre figure nei **percorsi di cura** abbiamo tre modi diversi in cui, potenzialmente, si muove il medesimo soggetto: *considerazione e scelta nella fase di orientamento; responsabilizzazione e collaborazione nella fase di ricovero e interazione coi professionisti sanitari; valutazione dell'esperienza e miglioramento del sistema nella fase post-intervento medico*. La considerazione processuale cambia quindi profondamente le letture che possiamo dare delle dinamiche interazionali.
8. Altri interpreti (Emanuel e Emanuel, 1992) leggono la situazione in termini di *modelli interattivi* distinguendo quattro situazioni tipiche: **paternalista, informativa, interpretativa, deliberativo-collaborativa** che corrispondono (mio adattamento) a relazioni di tipo *asimmetrico, simmetrico, reciproco, collaborativo-codecisionale*. Si nota una certa vicinanza agli studiosi precedenti, ma qui si accentuano maggiormente gli aspetti relazionali piuttosto che quelli culturali. Questo permette di mettere in evidenza un quarto modello (quello *interpretativo*) non previsto dagli analisti precedenti.
9. Altre modalità di interpretazione muovono da una lettura più ampia degli scenari di cura entro cui considerare complesse dinamiche societarie. Fra queste si ricordano quella proposta da Ingrosso (2013) e quella sviluppata da Lusardi e Manghi (2013). Il primo distingue tre scenari possibili: quello di **dominanza**, quello di **negoiazione**, quello di **collaborazione dialogica e cooperativa** caratterizzati da diverse *logiche di scambio* (Sennett, 2012) fra i principali attori sulla scena: produttori di farmaci e

tecnologie, gruppi professionali iper-specialistici, comunicazione mediatica, immaginario di salute veicolato dai social network, accordi collaborativi fra attori della scena sanitaria. Lusardi e Manghi, a loro volta, distinguono fra scene con *dominanza integrativa* di tipo **simbolico-istituzionale**, di tipo **tecnico-procedurale**, di tipo **simbolico-relazionale**, evidenziando le nuove logiche manageriali e tecnologiche dominanti sulla scena attuale, ma anche la mancanza di una forte *dimensione relazionale* che, una volta introdotta, cambierebbe profondamente le scene di cura.

10. Riprendendo il modello interpretativo relazionale (Emmanuel e Emanuel, 1992; Ingrosso, 2013 e 2016; Lusardi e Manghi, 2013), si avanzano nuovi tipi di analisi basate sulla lettura della scena di cura: a) in base a **modelli relazionali triadici multipli**; b) in base a un diverso **paradigma della cura**. La prima tipologia di analisi evidenzia le limitazioni e interferenze originate dai “terzi poli” sulle relazioni situate fra curati-curati, così come gli equivoci comunicativi generati nel corso delle dinamiche interattive. La seconda proposta teorica e analitica evidenzia che se consideriamo la “cura” come la **risultante complessiva** di una *ecologia di caring* che mette in sinergia varie forme di cura (**care, cure, caring, self-care**), troviamo che la persona in cura risulta sia **destinatario** di interventi di varia tipologia sia **co-produttore** dei sistemi di cura di cui fa parte. Il ruolo della persona in cura trova quindi una rilevante collocazione strutturale, relazionale, culturale. In questo quadro si colloca la questione del superamento della “**neutralità affettiva**” da parte delle professioni sanitarie a favore di più consoni e personalizzati “*stili emotivi*” professionali.
11. Altre basi molto rilevanti del ruolo attivo e cooperativo delle persone in cura vengono indicate nello sviluppo di un forte orientamento alla **cura di sé** socialmente diffuso e istituzionalmente sostenuto e nella trasformazione (già in atto) delle **concezioni di salute**, che potrebbero passare dalla riproposizione del dualismo polarizzato benessere-malessere ad una visione di compresenza di ordine e disordine, ossia *processi salutogenetici e patogenetici co-generati e co-influenti nel corso della vita*. La cura dovrebbe contribuire **sia a contrastare i processi degenerativi, patologici e inabilitanti sia a favorire i processi rigenerativi, ricostruttivi, adattivi benefici per la persona in cura**.
12. La conclusione propone una rilettura dei modelli di relazioni di cura su base triadica, individuando quattro tipologie (**dominanza, negoziazione, umanizzazione, collaborazione dialogica e co-operativa**) e una prospettiva relativa ai *percorsi di cura* non basata su una semplice “messa in efficienza” dei passaggi, ma piuttosto sulla *considerazione del possibile ruolo attivo delle persone in cura da sollecitare in diversi momenti e con diverse metodologie*.