



SCUOLA DI DOTTORATO

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE PER LA FORMAZIONE "R. MASSA"
DOTTORATO IN SCIENZE DELLA FORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
XXX CICLO

L'USO DI METAFORE LINGUISTICHE NELLA MEDICINA GENERALE

Aspetti educativi per la formazione dei professionisti della cura

Cognome: D'ORIA

Nome: MARIKA

MATRICOLA: 769507

Tutor: Chiar.ma Prof. ZANNINI Lucia

Coordinatore: Chiar.ma Prof. FORMENTI Laura

Anno Accademico 2016/2017

Questo progetto è stato finanziato con una borsa di studio dall'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Le ricerche condotte, la formulazione dei contenuti come esposti e la loro concettualizzazione sono di proprietà intellettuale dell'autrice, responsabile dell'originalità di questa tesi. È vietata la copia parziale e totale senza il consenso dell'autrice, la quale dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

@ 2017 - MARIKA D'ORIA

ALL RIGHTS RESERVED.

L'USO DI METAFORE LINGUISTICHE NELLA MEDICINA GENERALE

Aspetti educativi per la formazione dei professionisti della cura

ABSTRACT

Razionale. La metafora è definita come «un'espressione che descrive una persona o un oggetto, riferendosi a qualcosa che si presuppone abbia caratteristiche simili» (Cambridge Academic Content Dictionary, s.v. "Metaphor," 2017). A partire dagli anni '90, nei contesti di Medicina Generale (MG) le metafore sono state studiate come strategie comunicative capaci di ricadere sulla qualità della cura (Mabeck & Olesen, 1997). Nelle Cure Palliative e Primarie, sono usate per motivi formativi, professionali, clinici, organizzativi (Rodriguez & Bélanger, 2014). Le ricerche hanno esaminato in particolare le metafore dei pazienti, e molto meno quelle dei curanti. Inoltre, non ci sono studi sulla riflessione e meta-riflessione di questi ultimi circa l'uso *consapevole* delle stesse. L'attuale dibattito scientifico è scisso in un dualismo, che le vede come strumenti utili oppure rischiosi. **Metodologia.** Il quesito "qual è la rappresentazione che hanno i professionisti di un gruppo di MG sull'uso delle metafore?" è nato da un gap presente in letteratura. Come metodologia è stata scelta l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) (Smith et al., 2009) che, a differenza del metodo fenomenologico puro (Giorgi, 1985), non esclude una preliminare ricerca bibliografica. Lo studio *qualitativo* a scopo idiografico (Mantovani, 1998) coglie le *rappresentazioni* di medici, infermieri e segretarie di un gruppo di MG, una forma di associazionismo in cui condividere luoghi e obiettivi terapeutici. **Campione.** Ipotizzando che un gruppo di MG fosse più aperto a trattare queste tematiche rispetto ad un setting pensato per lavorare singolarmente, abbiamo reclutato un gruppo di 15 partecipanti con criterio *propositivo* (10 medici, 3 segretarie, 2 infermieri) (10 donne, 5 uomini). **Strumenti.** Sono state condotte 15 interviste semi-strutturate sia sull'uso di metafore da parte di pazienti e curanti, sia sulle metafore nella loro formazione. Dopo un mese sono state effettuate 15 interviste libere (Sità, 2012) per approfondire alcuni aspetti delle precedenti. **Analisi.** L'IPA prevede la lettura approfondita delle interviste, e la selezione e organizzazione dei contenuti raggruppati in categorie. Si elabora un piccolo set di generalizzazioni che saturino i dati, rispettando le differenze di ogni partecipante. Infine, si crea un costrutto teorico sulla base della letteratura. I risultati sono stati riportati seguendo la strategia dello studio di caso (Mortari & Zannini, 2017). **Risultati.** Dall'esperienza dei partecipanti si evince che la rappresentazione delle metafore cambia, se vengono espresse da medici o da pazienti; il riconoscimento delle metafore varia a seconda dei partecipanti; sono stati indicati dei vantaggi nell'uso clinico di queste espressioni, a cui seguono limiti nell'uso professionale. Talvolta, le metafore sono state usate inconsapevolmente per spiegare alcuni argomenti, come l'educazione del paziente, gli effetti del linguaggio clinico su di essi e l'identità professionale. **Conclusione.** L'ipotesi circa il campione scelto ha riportato i risultati sperati. Superando il dualismo presente in letteratura, da questo studio si evince che la metafora sia essenzialmente un fenomeno *epistemologico*, *relazionale* e *ontologico*. Pertanto, nella formazione dei futuri curanti, potrebbe essere utile imparare come *riconoscere* e *usare* le metafore consapevolmente.

THE USE OF METAPHORS IN GENERAL PRACTICE Pedagogical aspects for the education of healthcare professionals

ABSTRACT - ENGLISH VERSION

Rationale. The metaphor is defined as «an expression which describes a person or an object, by referring to something that is supposed to have similar characteristics» (Cambridge Academic Content Dictionary, s.v. “Metaphor,” 2017). Since the 90s, metaphors were studied in General Practice (GP), as strategies that impact on the quality of healthcare (Mabeck & Olesen, 1997). In Palliative and Primary Care, metaphors are used to educate students and patients, and to ameliorate clinical and organizational issues (Rodriguez & Bélanger, 2014). Research explored more metaphors expressed by patients, than those of clinicians. There is no research on the reflection and meta-reflection of clinicians about their deliberate use of metaphors in clinical encounters. The state of the art provides a dualism on metaphors, as useful or dangerous tools. **Methodology.** The research question “what is the representation of metaphor provided by professionals who work in a GP group, on the use of metaphors?” arose from a gap in the literature. The *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) (Smith et al., 2009) was selected as methodology, because it suggests a preliminary bibliographic search, differently from the pure phenomenological approach (Giorgi, 1985). The design is qualitative, with an idiographic focus (Mantovani, 1998). The research aims to understand the representations of physicians, nurses, and administrative assistants in a GP group, which is a situation where it is possible to share contexts and therapeutic goals. **Sample.** We hypothesized that a group was more opened to talk about these issues than a context in which a physician works alone. We recruited a group of 15 participants (10 physicians, 3 administrative assistants, 2 nurses) (10 females, 5 males) with a purposeful sampling. **Tools.** We conducted 15 semi-structured interviews on the use of metaphors by participants and patients, and on the use of metaphors in their professional education. After a month, we conducted 15 in-depth interviews (Sità, 2012), to saturate data. **Analysis.** The IPA requires a careful read of the interviews, the selection and the organization of the contents into categories. A set of generalizations is created to saturate data, by respecting the differences among participants. A theoretical construct is formulated according to the literature. The results report follows the case study strategy (Mortari & Zannini, 2017). **Results.** The representation of metaphors changes, if these expressions are used by clinicians or by patients, in clinical and educative contexts, and differs for each participant. Strengths and limitations are provided on the clinical use of metaphors. Sometimes, metaphors are used unconsciously by participants, to express some concepts, to talk about patient education, the effects of clinical language, or their professional identity. **Conclusion.** The hypothesis on the sample is verified. To overcome the dualism in the literature, this study suggests that a metaphor is an *epistemological*, a *relational*, and an *ontological* phenomenon. Therefore, specific curricula could be designed to enhance awareness on this issue, to help students/professionals to reflect on metaphoric language as a communicative strategy in clinical encounters, that also impact on patient education.

A Manuela e Luigi, le mie radici

A Mariella ed Enrico, le mie ali

Indice

Introduzione, V

Struttura della tesi, VIII

Ringraziamenti, IX

I. Metafore linguistiche: una nota epistemologica, 1

1. Caratteristiche e funzioni delle metafore, 2

1.1. Esprimere metafore per dare senso al mondo e organizzare la realtà, 5

1.2. Pensare per metafore per interpretare intenzioni e significati, 6

1.3. Imparare a diventare “la metafora che noi siamo”, 8

1.4. Metafore terapeutiche come strumenti per generare cambiamento, 9

2. Implicazioni per la formazione sanitaria, 11

II. La Medicina Generale, 13

1. Il panorama storico italiano, 13

1.1. La nascita del Sistema Sanitario Nazionale, 14

1.2. Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale, 15

1.3. Dal 2000 al 2005, 17

1.4. L'ultimo decennio, 18

2. Le caratteristiche principali della Medicina Generale, 21

2.1. Il ruolo dei medici e degli infermieri, 21

2.1.1. Dimensioni educative, 23

2.2. I quattro settori delle Cure Primarie, 25

2.2.1. Assistenza primaria o Medicina di Famiglia, 25

2.2.2. Continuità assistenziale, 27

2.2.3. Medicina dei servizi e dirigenza territoriale, 27

2.2.4. Emergenza sanitaria territoriale, 27

2.3. Modelli associativi di assistenza primaria, 28

2.3.1. Associazionismo complesso, 31

3. Percorsi formativi, 33

3.1. Formazione Specifica in Medicina Generale, 34

3.1.1. Il contesto italiano, 35

3.1.2. Il dibattito corrente, 37

- 3.2. Le competenze “core” del medico di MG, 38
- 3.3. La formazione infermieristica per la MG, 39
- 3.4. Educazione Continua in Medicina, 39

4. Italia e Gran Bretagna: due modelli sanitari a confronto, 42

- 4.1. La formazione per i General Practitioners, 43

5. Il sistema statunitense, 44

III. Revisione della letteratura, 46

1. Metodologia di ricerca, 46

- 1.1. Strategia di ricerca per la Medicina Generale, 46
- 1.2. Strategia di ricerca per il settore infermieristico, 48
- 1.3. Triangolazione dei dati, 49

2. Caratteristiche dei dati, 50

3. Analisi tematica, 53

- 3.1. Descrivere esperienze di malattia, sintomi, terapie, 53
 - 3.1.1. Contributi per la Medicina Generale, 56
- 3.2. Sviluppo e miglioramento delle competenze e delle pratiche professionali, 57
 - 3.2.1. Contributi per la Medicina Generale, 59
- 3.3. Rielaborazione e miglioramento degli aspetti organizzativi, 61
 - 3.3.1. Contributi per la Medicina Generale, 63
- 3.4. Creazione di prospettive educative e percorsi formativi, 65

4. Vantaggi, limiti, importanza delle metafore nella Medicina Generale, 68

5. Gap della letteratura, 69

IV. Disegno di ricerca, 71

1. Razionale del progetto, 71

2. Frame metodologico, 71

- 2.1. La scelta del metodo, 72
- 2.2. Lo sguardo fenomenologico nella ricerca qualitativa, 74

3. Metodologia di ricerca, 76

- 3.1. Interpretative Phenomenological Analysis, 76
- 3.2. Campionamento, 77
- 3.3. Strumenti e procedura, 78

4. Metodo di analisi, 80

5. Eticità e vincoli, 81

V. Analisi dei dati, 83

1. Rappresentare le metafore in modo ambivalente, 83

- 1.1. Rappresentazione delle metafore “vive”, 84
- 1.2. Rappresentazioni delle metafore “morte”, 87

2. Riconoscere il valore delle metafore in ambito clinico e formativo, 89

- 2.1. Uso di metafore da parte dei professionisti, 90
- 2.2. Uso diversificato delle metafore da parte dei pazienti, 94
- 2.3. Metafore nella formazione sanitaria, 97

3. Indicare vantaggi e benefici dell'uso professionale di metafore, 98

- 3.1. Comprendere la natura del sintomo e avviare il ragionamento diagnostico, 98
- 3.2. Facilitare i pazienti nella comprensione della diagnosi e della terapia, 99
- 3.3. Esprimere “buone teorie” sulla creazione di metafore, 101

4. Segnalare effetti e limiti nell'uso professionale di metafore, 104

- 4.1. Far ricordare le parole del curante, 105
- 4.2. Mistificare la comunicazione, spaventare il paziente, 106
- 4.3. Orientare la relazione di cura, 108
- 4.4. Dimenticare il linguaggio medico, 109

5. Utilizzare inconsapevolmente le metafore, 109

- 5.1. Metafore sull'identità, 109
- 5.2. Effetti del linguaggio, 111
- 5.3. Educazione del paziente, 113
- 5.4. Postura professionale, relazione di cura, 115

VI. Discussione e sviluppi futuri, 117

1. Analogie, differenze e relazioni trasversali con la letteratura, 117

2. Ripensare le metafore per la formazione dei professionisti sanitari, 121

- 2.1. La metafora come fenomeno epistemologico, 122
- 2.2. La metafora come fenomeno relazionale, 123
- 2.3. La metafora come fenomeno ontologico, 124

Conclusione, 125

Appendice I. Mappa concettuale sulla Medicina Generale, 128

Appendice II. Acronimi, 129

Appendice III. Infografici, 130

Appendice IV. Approvazione Comitato Etico, 131

Riferimenti bibliografici, 132

Riferimenti giuridici, 142

Riferimenti sitografici, 144

Introduzione

Il vostro neonato è un ortaggio. È davvero preoccupante. I genitori tirarono un sospiro di sollievo nell'udire quella che considerarono una buona notizia: un ortaggio era comunque vivo.

Amélie Nothomb, *Metafisica dei tubi*

La moderna formazione sanitaria sta dirigendo i suoi percorsi formativi verso proposte che tengono conto sempre più della dimensione “umana” del processo educativo. Nei corsi di Medical Humanities, cresce la scelta di strumenti estetici basati sulle metafore “multimodali” (opere d’arte, libri classici, film e canzoni), per aiutare gli studenti e i curanti in formazione ad affinare le proprie competenze riflessive, emotive, creative, cliniche (Charon & Wyer, 2008). Sebbene queste proposte stiano riscuotendo grande interesse in molti Paesi, tuttavia si percepisce ancora una certa diffidenza nei confronti della didattica *art-based*, nonostante il suo valore nell’educazione degli adulti sia stato ampiamente segnalato (Zannini, 2008; Garrino, 2010). È possibile garantire gli stessi benefici educativi della formazione *art-based* (o benefici simili) anche in altri modi, senza importare alcuno stimolo estetico-artistico dall’esterno? È possibile pensare allora ad una formazione che faccia riflettere sulle dimensioni metaforiche già insite nel settore sanitario, seppur inconsapevolmente? Queste due domande si sono poste alla base della mia esperienza di ricerca, che ha voluto spostare il focus della formazione su un altro tipo di metafore, quelle “linguistiche”, da sempre presenti nella comunicazione verbale sanitaria.

Apparentemente, una metafora linguistica coinvolgerebbe solo tre apparati comunicativi: essa, infatti, può essere letta (visivo), ascoltata (auditivo) o enunciata (fonologico). Eppure, il suo impatto nella vita quotidiana riesce a coinvolgere le nostre

risposte emotive (come nel caso delle metafore utilizzate nelle poesie), può aiutare a sintetizzare e memorizzare concetti complessi, oppure diventa un espediente per fare entrare l'altro nel nostro mondo (es. "la mia vita è *un inferno*"). Ma la curiosità che muove questa ricerca è sollecitata soprattutto dagli studi di altri ambiti scientifici, che dimostrano la capacità delle metafore linguistiche di modellare l'identità personale (es. "sei un *genio*", "è un *disastro* in matematica") fino a generare apprendimenti corporei in grado di modificare, rafforzare, peggiorare le premesse implicite degli esseri umani (Feldman & Narayanan, 2004; Gibbs, 2008). Cosa significa riflettere su questo tipo di metafore nella formazione dei curanti? Quali latenze e quali consapevolezza ci sono in gioco? Tali domande accompagneranno il nostro studio nel corso delle prossime pagine.

Lo sguardo che intendiamo adottare in quest'opera è quello della fenomenologia ermeneutica, la quale vede fra gli studiosi più noti per lo studio sulle metafore, il filosofo Paul Ricoeur (1913-2005), il cui ruolo, all'interno di tale dibattito, è stato quello di distinguere fra metafore che destano stupore e generano nuova conoscenza (metafore vive) e metafore che pur essendo tali, hanno perso questa caratteristica (metafore morte). Per spiegare questa distinzione, egli ha prevalentemente preso le distanze dalle teorie di Husserl sul linguaggio, preferendo un'interpretazione dei simboli linguistici più vicina a quella freudiana, come metodo di comprensione della realtà e dell'esperienza umana: secondo il percorso concettuale di Ricoeur (1978), la fenomenologia ha come obiettivo la *ristrutturazione* del significato, che è possibile effettuare anche attraverso l'uso di metafore. Per destare stupore e generare nuova conoscenza, una metafora ha bisogno di connettere due o più informazioni trovando la relazione che le connette, e per questo motivo Ricoeur pone al centro di questo fenomeno la crucialità del ruolo del soggetto. Il suo contributo, pertanto, ha dovuto esplicitare come il fenomeno della metafora sia, in realtà, molto complesso e non comprimibile in una semplice spiegazione retorica.

Ma il riconoscimento, e quindi la rappresentazione, delle metafore resta tutt'ora un progetto aperto, che vede diverse discipline, come le neuroscienze (Feldman & Narayanan, 2004), la psicologia (Proverbio et al., 2009), l'antropologia (Bateson & Bateson, 1989), la matematica (Núñez, 2008), la psicoanalisi (Burns, 2007) e la neurobiologia (Edelman, 1993), studiare in che modo esse contribuiscano alla creazione della conoscenza e al miglioramento (e peggioramento) della vita umana. Se è stato necessario definire, infatti, la funzione di un fenomeno come le metafore all'interno del dibattito scientifico, ci sembra parimenti importante definire quali siano le ricadute educative che tale fenomeno comporta anche nella formazione sanitaria. Il presente lavoro di ricerca vorrebbe proporre un contributo all'interno del dibattito dell'educazione

degli adulti, in sintonia con i presupposti della fenomenologia ermeneutica. In particolare, considerando la distinzione fra metafore vive e metafore morte, ci occuperemo di indagare quale sia la rappresentazione che medici, infermieri e segretarie di un gruppo di Medicina Generale hanno rispetto alle metafore linguistiche, partendo da una riflessione sulla loro esperienza clinico-professionale ed educativa, per capire quali teorie hanno costruito su di esse nel corso del tempo e in che modo le usino o le evitino durante i colloqui con i pazienti. La scelta di questo settore non è casuale, ma deriva dall'ipotesi che i medici di famiglia passino più tempo e conoscano molto di più la storia dei propri pazienti, rispetto ai medici specialisti. Pensiamo, infatti, che una conoscenza approfondita della storia del paziente possa indurre i curanti a costruire un discorso molto diverso da quello prettamente specialistico. Inoltre, ipotizziamo che i professionisti di questo settore siano più propensi ad affrontare tematiche come la comunicazione e la relazione col paziente. La scelta di coinvolgere un *gruppo* di medici associati è guidata invece dal fatto che lavorare in un'équipe di questo tipo, in Italia, implica la condivisione di spazi, tempi, risorse e obiettivi terapeutici, che i medici che lavorano singolarmente faticano ad ottenere.

Seguendo le indicazioni dell'Interpretative Phenomenological Analysis (Smith et al., 2009), una metodologia di analisi che si basa sulla fenomenologia ermeneutica e che verrà approfondita in una sezione precisa della tesi, si cercherà di far dialogare la rappresentazione della metafora ricavata dall'esperienza dei partecipanti, confrontandola con la bibliografia revisionata, facendo emergere possibili assunti e caratteristiche che possano avvalorare la proposta formativa che rifletta sul linguaggio dei curanti in eventuali percorsi di educazione degli adulti. Verrà data importanza alle teorie e agli assunti impliciti dei partecipanti, i quali sono i veri esperti e dai quali un ricercatore impara. Le metafore linguistiche verranno infine rilette conclusivamente alla luce di quello che si sa sulle metafore anche in altri ambiti scientifici, in chiave pedagogica. Sembra necessario pensare che, per comprendere la natura di un fenomeno, sia necessario non tradire la natura intersoggettiva della sua conoscenza, accogliendo le diverse prospettive che hanno contribuito nello studio di quel fenomeno. Questo perché secondo un approccio fenomenologico, è "il fenomeno stesso" a suggerire ai ricercatori in che modo poterlo studiare: il metodo quindi deriva dalla natura del fenomeno, e non viceversa (Ghirotto, 2009).

Struttura della tesi

La tesi è strutturata in sei capitoli. Il Capitolo I descrive le caratteristiche e le funzioni principali della metafora come fenomeno linguistico, mostrando il pluralismo epistemologico di diverse discipline che lo hanno studiato per definirne le peculiarità. Questo capitolo sarà la base per un confronto con l'analisi della letteratura in Medicina Generale, per capire cosa ci sia e cosa manchi in questo settore, rispetto a ciò che si conosce sulle metafore.

Il Capitolo II delinea un percorso molto approfondito sugli aspetti che regolano la Medicina Generale in Italia. Il capitolo include i riferimenti alle normative nazionali, europee ed internazionali, presenta gli aspetti educativi della professione del medico e dell'infermiere, e mostra i percorsi formativi che entrambe le figure sono tenute a seguire. Viene poi fatto un confronto con la realtà britannica e con quella statunitense, per comprendere analogie e differenze con i due sistemi più studiati al mondo. Essendo un capitolo molto tecnico, è stata creata una mappa che sintetizza i concetti più importanti, che si può trovare in Appendice I. Si invita pertanto il lettore a leggerlo soltanto se fortemente interessato a comprendere il contesto in cui si situa il fenomeno che studieremo.

Il Capitolo III presenta la revisione della letteratura, svolta con l'obiettivo di definire come sia stata studiata la metafora nella medicina generale, evidenziando quali limiti e quali possibilità vengano riconosciute in questo settore. Dalla revisione sono emersi alcuni gap della letteratura, rilevati grazie a ciò che si conosce in altri settori come accennato nel Capitolo I. Sulla base di queste mancanze, è stato possibile formulare una nuova domanda di ricerca empirica, che intende esplorare le rappresentazioni che i partecipanti hanno sulle metafore.

Il Capitolo IV illustra tutte le scelte di metodo che sono state fatte per sostenere il disegno di ricerca più adeguato per rispondere a tale domanda.

Nel Capitolo V sono stati riportati i dati analizzati e triangolati, sotto forma di cinque categorie fenomenologiche, a loro volta suddivise in sottocategorie.

Il Capitolo VI infine confronta e rilegge i risultati con la letteratura esistente, provando a rispondere alla domanda di ricerca.

La tesi si conclude con una rilettura del fenomeno delle metafore in chiave fenomenologico-pedagogica, proponendosi come sostegno per la comunità scientifica per lo studio di metafore nell'educazione degli adulti. Sul piano teorico, ciò che distingue questa tesi da altri contributi di ricerca rinvenibili, consiste nel cercare di offrire una

visione armoniosa, non separata, delle più importanti scoperte scientifiche fatte al riguardo, al fine di comprendere con quali accortezze sia possibile utilizzare queste espressioni nei percorsi formativi, sanitari, e non solo. In appendice, il lettore potrà trovare una lista di acronimi per facilitare il ricordo di alcune terminologie tecniche. Ove non esplicitato, le traduzioni sono da intendersi a cura di chi scrive.

Ringraziamenti

Le ricerche svolte con passione sono sempre frutto dell'impegno di una comunità, di una partecipazione collettiva. Sebbene chi scriva sia, quindi, la ricercatrice che esplora territori epistemologici diversi per mettere in dialogo saperi ed esperienze, è molto importante rendere merito a chi, con la propria presenza, ha fatto sì che tutto ciò prendesse vita.

Per la preparazione di questo lavoro, ho avuto l'onore di lavorare con la prof.ssa Lucia Zannini, docente di una cultura straordinaria, studiosa degli aspetti metodologici della formazione e della ricerca in ambito sanitario, come solo pochissimi sanno fare. A lei va un profondo riconoscimento e ringraziamento per la nostra collaborazione, per aver creduto nelle mie scelte, per avermi supportata nel raggiungimento di questo traguardo, e per i nostri successi.

Nell'ultimo anno ho poi lavorato in territorio statunitense insieme al prof. Gianluca De Leo, docente molto generoso e competente, di una magnanimità unica. A lui va un ringraziamento sincero per avermi fatta sentire parte della sua équipe così come della sua famiglia, motivandomi a pensare come "un ingegnere" (a proposito di metafore...), affinché io potessi ottenere dei risultati sempre più importanti.

All dr.ssa Maria Milano, la cui gentilezza e intelligenza personale sono in armonia con il suo altruismo e la sua umanità professionale, va riconosciuto il preciso lavoro di co-revisione del presente studio. Il mio ringraziamento nei suoi confronti è dedicato alla nostra collaborazione sinergica, alla ricca condivisione di esperienze professionali (presenti e future) e al suo meraviglioso modo di accogliere le nostre intuizioni traducendole in opere d'arte.

Nel contempo, ringrazio le professoresse Laura Formenti e Ilaria Grazzani per l'ottimo coordinamento di questo percorso di dottorato e il loro sostegno negli anni.

Ho poi avuto la grande fortuna di collaborare insieme ai partecipanti di questo studio, la cui sensibilità e affidabilità sono stati il cuore pulsante che ha consentito ai saperi di questa ricerca di circolare e dar vita al lavoro svolto. A loro è rivolta tutta la mia

riconoscenza e stima, per aver condiviso la loro preziosa esperienza credendo nel progresso della ricerca educativa.

Con i loro sguardi innovativi e la loro responsabilità intellettuale, i medici Andreina Gloria, Sergio Bernabè, Fabrizio Consorti, Christian Pristipino, e i professori Micaela Castiglioni, Ashley Gess, Lorenza Garrino, Vahé Heboyan e Jason Hughes, sono stati i riferimenti guida della mia formazione, rendendo quest'esperienza molto creativa e originale.

Ringrazio Raffaele, Piergiorgio, Daniele e Francesco, perché il loro punto di vista mi ha permesso di comprendere meglio il mio, così come Nicoletta, Rita, Manar ed Elena, per la loro onesta e matura presenza, e indissolubile amicizia. Infine, ma mai per ultima, ringrazio la mia famiglia, per aver avermi amato e per aver sempre creduto in me, intuendo ciò che fa la differenza nella mia vita.

I. Metafore linguistiche: una nota epistemologica

Per poter inquadrare in maniera completa il discorso metaforico all'interno di questa ricerca, è necessario partire da ciò che è stato studiato finora con lo sguardo delle altre epistemologie. Uno degli aspetti fondamentali della fenomenologia infatti è l'interdisciplinarietà, un processo di integrazione e dialogo scientifico che "si fa metodo di ricerca" nella pedagogia fenomenologica (Ghirotto, 2009, p. 86). Molte sono le definizioni di metafora. Infatti è un termine che cambia significato a seconda degli autori, fra diverse discipline, e può anche raggiungere significati opposti, in autori della medesima disciplina. In linea di principio, la metafora linguistica è stata studiata in base alle sue:

- *Caratteristiche:* come il tipo pensiero necessario per generarla, le tipologie di metafore che si possono creare (o categorie), e cosa ne consente il riconoscimento e dunque la comprensione;
- *Funzioni:* che possono essere di creazione di nuova conoscenza, di comprensione del mondo (proprio e altrui), di sintesi di concetti complessi;

Se queste due opzioni sono state ampiamente studiate anche nel mondo dell'educazione, vi sono almeno due altri aspetti degni di una più ampia esplorazione, che presuppongono che il pensiero metaforico sia alla base del ragionamento umano, e che le metafore possono avere come conseguenza un apprendimento corporeo delle stesse, andando a modellare l'identità individuale. Nelle pagine successive cercheremo pertanto di descrivere questi aspetti, per avere una panoramica su come venga approcciato il fenomeno della metafora linguistica da altre discipline e cosa sia stato fatto finora dalla comunità scientifica.

1. Caratteristiche e funzioni delle metafore

Una delle definizioni più conosciute della metafora, ci viene generalmente insegnata durante le lezioni di letteratura, nella nostra lingua. Questa definizione si colloca in una branca precisa della linguistica, che è chiamata retorica. La retorica, sin dal tempo di Aristotele, era definita come un'arte comunicativa di tipo persuasivo, che era molto utile agli oratori del tempo per convincere popoli e sovrani, a giustiziare malfattori, scongiurare guerre o, al contrario, a motivare la presa alle armi. La metafora quindi rientrava in quella serie di figure retoriche che servivano all'oratore per rendere il proprio messaggio efficace, lasciando intendere ai suoi ascoltatori il non detto e gli impliciti del suo discorso. Se intesa in questo modo, una possibile definizione di "metafora" può essere la seguente:

Un'espressione che descrive una persona o un oggetto, riferendosi a qualcosa che si presuppone abbia caratteristiche simili. (Cambridge Academic Content Dictionary, s.v. "Metaphor," 2017)

Negli studi sulla retorica la metafora è un fenomeno linguistico che associa un concetto conosciuto con un altro non noto, imprevedibilmente, ricorrendo al pensiero abducente, il quale elude il pensiero lineare per unire inaspettatamente due informazioni la cui vicinanza, ad una prima impressione, sembra incoerente. L'unione fra queste due informazioni è ciò che dovrebbe innestare nell'ascoltatore la possibilità di cogliere una relazione finora nascosta fra di esse, generando quindi in lui una nuova conoscenza. Per la sua ambiguità, nell'antica Grecia, la metafora era ritenuta semplicemente un abbellimento del discorso retorico, che sembrava essere poco pertinente con il pensiero scientifico: infatti la Verità ammetteva un significato univoco, preciso, per cui una proposizione scientifica doveva essere chiara e monosemica. Tuttavia, proprio all'interno del discorso scientifico, le metafore sono state spesso utilizzate per dare nome ad alcuni fenomeni della realtà (le *onde* elettromagnetiche, il *campo* visivo, la *corrente* elettrica, la *crosta* terrestre, la *colonna* vertebrale ecc.), al fine di comprendere le loro caratteristiche oppure le loro funzioni. L'introduzione di queste metafore, tuttavia, è stata talmente efficace da perdere il suo significato letterale (dentro di noi non vi è una vera colonna), riducendo il potere della metafora in un singolo significato, universalmente comprensibile.

Intuendo una differenza in queste due tipologie di metafore, il fenomenologo Ricoeur (1978) fu una delle figure di riferimento più importanti nello studio delle metafore, in quanto egli capì che alla base di questa differenza vi fosse un modo diverso di dare

significato al mondo che ci circonda. Egli compì una distinzione epistemologica importante, per la quale una metafora che sia in grado di produrre qualcosa di nuovo è detta “metafora viva”. Se noi dicessimo a qualcuno che «lui è un leone», probabilmente ci staremmo riferendo al suo comportamento o alla sua forza – oppure alla sua acconciatura bizzarra – orientando il senso della frase in base ad un’analogia che ricorda le caratteristiche del leone in quelle del personaggio descritto. Contemporaneamente, staremo escludendo di parlare con un *vero* leone. In questo modo, la varietà (limitata) di significati includerà alcune informazioni plausibili, escludendone altre: questo avvenimento definisce “polisemantica” la natura della metafora. Al contrario, metafore come quelle facenti parte del campo scientifico sono definite metafore “morte”, in quanto la loro espressione non è più in grado di generare nuova conoscenza. Nel corso degli anni, i linguisti hanno riconsiderato il potenziale delle metafore nell’apprendimento, con importanti conseguenze anche nel mondo educativo. Infatti, sono state selezionate almeno tre categorie di metafore (Cameron, 2003):

- *Metafora concettuale*: ha origini linguistiche e neuroscientifiche (Lakoff & Johnson, 1980; Feldman & Narayanan, 2004) ed è legata all’apprendimento incarnato (o *embodiment*) di chi parla. Per esempio, dire «*la lotta* alle tossicodipendenze» indica una postura particolare del parlante rispetto alle tossicodipendenze. Altri esempi di metafora concettuale sono: «*ho preso* l’influenza», «*mi è venuta* la febbre», «*sono ammalato*», «*ho* il raffreddore»;
- *Metafora processuale*: questo tipo di metafora funziona per archetipi e paragona il corso di un evento, vissuto da chi racconta, con un’un’altra esperienza simile per qualche caratteristica specifica: «*la malattia è una guerra*» implica che la malattia abbia fasi, ritmi, sforzi ed emozioni tipiche di una guerra;
- *Metafora letterale*: è la categoria più conosciuta, nata nella retorica. Questo tipo di metafora rende implicito un concetto sostituendolo con un altro termine.¹ Tale categoria dipende dalle premesse culturali di chi ascolta e di chi parla. L’espressione «Il male del secolo» oggi si riferisce a una diagnosi oncologica, così come l’epilessia veniva considerata «Il morbo sacro» nell’antica Grecia.

Oltre a sembrare diverse nel modo in cui sono formulate, queste categorie differiscono anche nel modo in cui conosciamo e interpretiamo il mondo, perché creano un legame diverso fra comprensione, pensiero e apprendimento che va dal più incarnato (metafora

¹ Chi ascolta seleziona una porzione dell’informazione pertinente al discorso, comprendendo ciò che il parlante dice per analogia alla malattia, scartando (per differenza) le restanti informazioni non pertinenti ma veicolate nella metafora.

concettuale) al più astratto (metafora letterale). Ora, le implicazioni pratiche che le metafore hanno sull'apprendimento dell'essere sono fondamentalmente tre. Di queste implicazioni, due sono prevalentemente sconosciute al mondo dell'educazione e della sanità, mentre altre scienze come quelle psicologiche e neurobiologiche, stanno iniziando più o meno a diventarne consapevoli dimostrandole con metodi replicabili. Queste tre implicazioni infatti, sono state anticipate da un grande studioso della complessità, che è Gregory Bateson (1904-1980), il quale viene collocato fra gli studiosi di antropologia, pur essendosi occupato di molti altri aspetti come la comunicazione, le relazioni, e le dinamiche psichiatriche. Queste tre implicazioni, dicevamo, sono tuttora oggetto di studio in psicologia, psicoanalisi e neuroscienze, e sono le seguenti (Bateson, 1984; Bateson & Bateson, 1989):

- l'essere umano apprende per differenza;
- l'essere umano *pensa* per metafore;
- la rappresentazione dell'identità personale costituisce “la *metafora* che noi siamo”;

Tali implicazioni verranno spiegate precisamente nei paragrafi successivi, e lo faremo avvalendoci delle teorie di alcuni scienziati ormai noti in diversi contesti culturali. Queste tre implicazioni, in ordine, hanno una modalità di funzionamento all'interno del corpo umano che è stranamente molto simile alla categoria processuale (apprendere per differenza), alla categoria letterale (l'essere umano pensa per metafore) e alla categoria concettuale (l'identità costituisce la “metafora che noi siamo”).

In particolare, pare che la prima implicazione sia legata alla familiarità che gli interlocutori hanno su due concetti, la cui associazione permetterà di trovarne l'analogia tenendo conto della loro differenza (es. *malattia* e *guerra*). La seconda implicazione, invece, è collegata al riconoscimento delle premesse implicite degli interlocutori, parlando di una delle premesse ma sottendendo che l'interlocutore colga il discorso non enunciato (es. dicendo “il male oscuro”, si spera che l'interlocutore pensi a ciò che non vogliamo nominare, in questo caso la depressione). La terza implicazione invece è quella che collega la metafora all'essere. Al suo sentire, e al suo modo di collocarsi nel mondo: non solo dicendo “ho *preso* il raffreddore”, ma anche “sei *un genio*”, “sei sempre *il solito*”, “sei come *tuo padre*” e così via. Non si farà pertanto una distinzione fra la metafora intesa retoricamente e le altre figure retoriche (similitudine, personificazione ecc.), perché questa tesi ha lo scopo di indagare in che modo un fenomeno chiamato con lo stesso nome “metafora” assuma *dimensioni educative* diverse. Per questo motivo,

anche altre figure retoriche possono avere questi effetti cognitivi, ma forse con meno intensità e forse in modi lievemente diversi. La differenza che si vuole indagare quindi, consiste nell'individuare come diversi gradi della metafora siano presenti all'interno della Medicina Generale, tenendo conto della complessità e anche della difficoltà che lo studio di questo fenomeno può richiedere.

1.1. Esprimere metafore per dare senso al mondo e organizzare la realtà

Sebbene i primi studi sulla metafora siano riconducibili ad Aristotele (1998),² il quale la rivestì di un ruolo fondamentale nella comunicazione educativa, fra le prime correnti filosofiche che si sono occupate di metafore ritroviamo il *neopositivismo logico* (Russell, 1956; Wittgenstein, 1997), il cui assioma principale affermava che la realtà potesse essere descritta in modo chiaro e non ambivalente, per cui tutti quegli usi del linguaggio che si riferivano al piano poetico venivano ritenuti senza significato.³ In altri termini, la metafora era considerata un vezzo comunicativo di nessun valore se non artistico. Diversa è stata la posizione dello *strutturalismo americano* (Sapir, 1921; Whorf, 1956), il quale attribuiva alla metafora un valore cognitivo, poiché frutto di una “costruzione mentale”: secondo questa corrente, il mondo reale non è conoscibile “direttamente” bensì è il risultato dell'intreccio fra la dimensione psichica e il linguaggio. Pare non vi sia dunque una differenza fra linguaggio scientifico ed altri tipi di linguaggio, poiché molto dipende dal *contesto* entro il quale tali espressioni vengono collocate per cui la percezione, la conoscenza e il linguaggio risultano essere indipendenti. In quel periodo, il mondo scientifico assistette dunque a un cambiamento epistemologico importante, che vedeva il passaggio fra un'interpretazione “oggettiva” ad una completamente “soggettiva” della realtà, la quale presuppone una certa responsabilità da parte dell'osservatore nel dare senso, nominare e costruire teorie sul mondo.

A queste seguirono due prospettive: il *costruttivismo* e il *non-costruttivismo*. Per il primo, la metafora era una caratteristica “creativa” della conoscenza, in quanto risultato di un particolare processo di elaborazione del significato; nell'approccio non-costruttivista, invece, rimaneva invariato il ritenerla un elemento deviante dell'uso “normale” del linguaggio (Ortony, 1979). Solo a partire dagli anni Ottanta, si intuì

² Aristotele concepiva queste espressioni come “il trasferimento” del nome di una cosa ad un'altra. Tale trasferimento lega due termini che, altrimenti, sarebbe logicamente difficile collegare fra loro (Aristotele, 1998).

³ In altri termini, quelle parole che violavano il *criterio empirista di significanza*. Questo criterio è stato formulato conseguentemente al pensiero di Leibniz, a proposito della *Lingua o caratteristica universalis* (1684), per cui un'asserzione poteva dirsi “scientifica”, cioè dotata di significato conoscitivo, solo se riconducibile ad asserzioni semplici che esprimevano chiaramente percezioni fisiche o osservazioni empiriche (Eco, 1993).

chiaramente che le metafore vengono espresse ogni qualvolta si faccia “esperienza di un muro linguistico”, ovvero quando si cerca di *tradurre* un’esperienza sensoriale in parole, o al contrario, di dare senso a eventi che non sapremmo spiegare altrimenti poiché manca un referente corporeo, come nella spiegazione di concetti astratti (la verità, Dio, il carisma) (Bateson & Bateson, 1989). Esprimere metafore indica la trasgressione di un limite linguistico, per prendere da altri contesti informazioni simili a quella espressa, trasferendo quelle informazioni nella situazione da spiegare, affinché sia comprensibile per l’interlocutore. Nello stesso periodo, alla metafora venne riconosciuta anche una funzione “organizzatrice” della realtà, poiché in grado di rappresentare il nostro modo di *essere-nel-mondo* (es. “mi sento *giù*”) (Lakoff & Johnson, 1980). Ciononostante, ancora oggi, il mondo scientifico è diviso fra importanza e non importanza delle metafore, poiché spesso non si distinguono i diversi livelli di comprensione che le metafore coinvolgono.

1.2. Pensare per metafore per interpretare intenzioni e significati

Occupandoci dei processi cognitivi legati a questo fenomeno, proviamo a capire meglio come funzioni la sua comprensione, e come mai alcuni scienziati affermino che l’uomo pensi per metafore. Secondo le più recenti ricerche, la metafora è un’espressione che pur coinvolgendo il linguaggio, si radica profondamente nel legame fra corpo e psiche: in altri termini, una metafora può fornirci informazioni molto interessanti non soltanto retoriche. La spiegazione che ne danno i neuroscienziati (Rizzolatti & Arbib, 1998; Feldman & Narayanan, 2004), cambia completamente il modo di approcciarsi alle metafore, perché essi spiegano che quando condividiamo il significato delle parole, entrano in gioco alcune strutture importanti del nostro corpo, come l’ipotalamo,⁴ i motoneuroni e i neuroni specchio. Quando ascoltiamo una parola come “prendere”, si attivano in noi alcuni neuroni specchio e alcuni tipi di motoneuroni, risvegliando in noi una rete di significati possibili:

Afferrare, prendere, acchiappare, agguantare, abbrancare, ghermire, acciuffare, appigliarsi, abbarbicare, cogliere, strappare, attaccare, adunghiare, scuotere, strizzare, aggraffare, artigliare, avvinghiare, pigliare, tenere, reggere, approfittare, avvantaggiarsi, capire, comprendere, intendere, intuire e molte, molte altre...
(Feldman & Narayanan, 2004, p. 386).

⁴ Struttura del sistema nervoso centrale che ha, tra i vari nuclei, la funzione di regolare il sonno, la termoregolazione, l’omeostasi, l’attività endocrina, il bilancio idro-salino e l’assunzione di cibo. Connettendosi al sistema limbico, esso funge da “connessione” fra gli stati emotivo-comportamentali e la relativa risposta corporea. Tale struttura viene chiamata in gioco nel momento in cui riceviamo uno stimolo, traducendosi in risposta biochimica, che poi elaborerà le basi corporee che sostengono una determinata emozione e/o comportamento. (Adams & Victor, 1994)

Ciò implica che ad una medesima parola corrisponde un intero network semantico, in virtù della polisemia del linguaggio (Ricoeur, 1978). Questa scoperta indebolisce la tesi del neopositivismo logico, che sosteneva la possibilità di attribuire un significato monosemico alle parole, perché un significato può variare a seconda del contesto in cui viene collocato, alla circostanza cui si riferisce e agli interlocutori. La stessa azione “prendere” cambia poi in base agli oggetti da afferrare, così come cambia al variare del contesto entro il quale è collocata: “prendere una penna” è ben diverso da “prendere l’autobus” e “prendere un bel voto”. Quando sentiamo la parola *prendere*, il nostro sistema cognitivo raffigura in maniera a noi inconsapevole tutta una serie di associazioni analoghe (*afferrare, stringere*), delegando alla nostra parte cosciente la scelta del significato più opportuno da applicare all’intenzione nascosta dietro l’informazione. Questa teoria si pone prevalentemente alla base della spiegazione delle metafore concettuali, ma il modo di comprendere l’intenzione dietro un’informazione è analogo per tutti i tipi di metafora (Feldman & Narayanan, 2004).

Un’altra interpretazione molto vicina a questa, è stata fornita dal premio Nobel Gerald Edelman (1929-2014)⁵, per il quale la metafora è una prima e *fondamentale modalità di pensiero* (1993). Quando si esprime una metafora, si fa esperienza di un’intraducibilità di una determinata situazione, equiparata con un’altra come compromesso a quest’intraducibilità, grazie a diversi sistemi selettivi: i repertori di questi sistemi selettivi, tuttavia, non combaciano perfettamente con i contenuti delle informazioni che dovremmo riconoscere. Ciononostante, una volta avvenuta la selezione su una vasta gamma di interpretazioni possibili, noi siamo in grado di perfezionare sempre di più la connessione fra queste informazioni, perché man mano che l’associazione diventa frequente noi iniziamo a vedere una certa regolarità fra di loro, e dunque la relazione fra di loro ci diventa sempre più evidente. Questo spiega come mai le metafore, da espressioni vive, perdano via via la loro potenza morendo, perché la relazione fra due informazioni diventa talmente familiare, e quindi regolare, da fissare il significato in un unico senso, e quindi il nostro processo di conoscenza passa dal pensiero creativo al pensiero lineare. Dal momento in cui i neuroni specchio e i motoneuroni si attivano per comprendere le intenzioni nascoste nelle informazioni, queste premesse teoriche necessitano di essere calate nella pratica dei setting clinici dove la scelta di una metafora piuttosto che un’altra può avere effetti diversi, pur avendo

⁵ Si ringrazia il Dr. Sergio Bernabé per il prezioso suggerimento.

intenzioni simili (Proverbio et al., 2009). Un'infermiera potrebbe dire ad un collega espressioni di questo genere:

- Quel paziente va “*trattato con i guanti*”;
- Quel paziente va “*preso con le pinze*”.

Entrambi i messaggi indicano di prestare estrema attenzione verso il paziente, ma le immagini che scegliamo cambiano il significato nascosto dell'informazione.

1.3. Imparare a diventare “la metafora che noi siamo”

Tenendo in mente la funzione dei neuroni specchio, che sono quelle cellule cerebrali preposte alla comprensione, all'immedesimazione e all'empatia (fenomeni molto studiati dalla fenomenologia dell'educazione), e tenendo conto che l'ipotalamo si occupa di tradurre un'informazione elettrica in biochimica, la quale a sua volta influenza il nostro corpo e il nostro modo di sentire, riprendiamo il discorso sulle metafore di Edelman. Il viaggio nel fenomeno della metafora si infittisce, perché da espressione linguistica diventa una modalità essenziale per simbolizzare le nostre esperienze, ancorandosi profondamente al nostro corpo. In particolare, Edelman afferma che:

Se la tensione tra metafore nella coscienza di ordine superiore e valori normativi di una cultura non è tenuta sotto controllo, forse non è sorprendente che si possa manifestare una gran varietà di stati emotivi e di spostamenti simbolici che generano sintomi. (Edelman, 2006, pp. 122-123)

Come si spiega un fenomeno di questo tipo in termini pedagogici? Comprendere una metafora, implica rispondere agli stimoli del proprio ambiente non solo attraverso semplici pensieri, ma anche azioni, emozioni, sentimenti che si attribuiscono e contribuiscono al senso che il soggetto dà al suo mondo, confluendo in modo circolare con le sue risposte neurofisiologiche (Casasanto & Gijssels, 2015). Ma cosa implica “apprendere” una metafora? In altri termini, come si impara ad apprendere quell'identità che crediamo di essere? In accordo con le teorie dell'educazione degli adulti, potremmo dire che “la metafora che noi siamo” si struttura in una dinamica *lifelong* (nel corso della vita), *lifewide* (in tutti i contesti formali, informali e non formali) e *lifedeeep* (toccando radicalmente i nostri sistemi di valori e di credenze) (Banks et al., 2007). Fare propria la parola dell'altro è fare esperienza del *desiderio mimetico* e del desiderio di riconoscimento (Orsenigo, 2010), che avviene attraverso le medesime procedure cerebrali legate all'empatia (Gallese, 2009). L'apprendimento della metafora che noi siamo (es. l'*ipocondriaco*, la *persona onesta*, il *bullo* ecc.) è un processo molto lento che

richiede tempo, ma richiede anche una saturazione della metafora nello stesso contesto (il nostro corpo), nello stesso sistema (ad esempio l'approvazione di questa metafora da parte della famiglia, del gruppo dei pari), e una generalizzazione della medesima da un contesto all'altro nel corso degli anni (al lavoro, in palestra ecc.) diventando, di fatto cristallizzandosi, nella "metafora" che più si adatta a *quel* soggetto in *quel* sistema di relazioni (pur essendo una metafora di sé disfunzionale).

1.4. Metafore terapeutiche come strumenti per generare cambiamento

Il motivo per il quale le metafore vengono trattate in questo ordine, è una dimostrazione di quanto un fenomeno di questo tipo non sia studiabile solo in termini linguistici. Nella psicoanalisi e nella psicoterapia, per esempio, i terapeuti che usano le metafore per generare cambiamento, fanno lo sforzo di porre la metafora del paziente *nel* contesto, intendendo anche il corpo come un contesto (Borbely, 2014; McMullen, 2014): fare questo sforzo significa aprire l'immaginario dei pazienti esplorando la loro immagine identitaria - o la "metafora che noi siamo" - specialmente se essa è stata somatizzata generando sofferenza, diventando una "storia saturata", una metafora morta e ridondante, la cui familiarità non consente all'individuo di cambiare nella direzione desiderata. Aver cura di far emergere l'immagine che blocca l'individuo in un copione simile, per esempio, può consentire al terapeuta e al paziente un lavoro di ricostruzione di senso (White, 1993), partendo dalla rilettura della metafora con attività volte al cambiamento dell'immagine, alla sua evoluzione e trasformazione. L'esplorazione della metafora nella comunicazione terapeutica in effetti, è generalmente volta al cambiamento (Lenrow, 1966) o alla motivazione (Dolan, 1985) del paziente e le metafore possono riguardare l'identità, le relazioni, ma anche alcuni rituali (es. la nascita, il lutto, le nozze, l'abbandono) o oggetti metaforici (es. la ferita narcisistica, i simboli del maschile e del femminile).

Una delle figure di riferimento più accreditate in questo senso è stata quella dello psichiatra Milton Erickson (1901-1980) il quale credeva come Bateson che ogni essere umano avesse una realtà personale auto/etero-costruita, per cui egli assumeva che utilizzare le metafore potesse rivelarsi un modo ottimale per parlare con l'inconscio del paziente, per comprenderne e modificare le percezioni sintomatiche (Haley, 1973). Ma come funziona una metafora terapeutica? Raccontando una metafora simile alla difficoltà riscontrata dal paziente (situazione isomorfa), il terapeuta risveglia in lui le risorse interiori con domande che lo portano a trovare da sé la soluzione al problema

metaforico (Burns, 2007). La soluzione naturalmente è trovata a livello inconscio, perché il linguaggio metaforico attiva il mondo onirico in cui fiorisce il pensiero creativo, generando punti di vista insoliti e nuove vie di ragionamento. Un collegamento troppo diretto al problema reale infatti, potrebbe generare resistenza al cambiamento e rimozione, poiché la linearità (lo ricordiamo) è ciò che ha portato il paziente ad adattarsi in quel copione che lo fa stare male e a non vedere più soluzioni alternative, generando un pensiero ridondante (Erickson, 1965).

La metafora terapeutica parte sempre dalle parole del paziente, grazie alle quali il terapeuta è in grado di orientarsi nell'immagine che egli ha costruito di sé, accompagnandolo verso simboli e rappresentazioni che possano consentirgli di superare quel significato paralizzante ristrutturandolo strategicamente. Ciò consente al terapeuta di toccare in modo preciso il significato da modificare, conducendo il paziente nella sua ristrutturazione, e facendo in modo che la nuova interpretazione non venga arricchita di significati che confermino la precedente (Paoli, 2014). Metafore di questo tipo sono utili almeno per quattro motivi (Adams & Chadbourne, 1982):

- Scoprire sensazioni e immagini latenti;
- Rivelare soluzioni nascoste, che il paziente conosce ma non sa di conoscere;
- Stimolare il paziente a rappresentare immagini saturate e provarle a modificarle;
- Avvicinare il paziente verso altri sottili concetti di sé, parimenti influenti nella strutturazione della propria immagine.

L'uso consapevole di questa strategia ha il vantaggio di aumentare la *compliance* se si conosce la storia del paziente, la quale è un ingrediente fondamentale per la relazione di cura (Barker, 1996). La formazione dei medici di famiglia potrebbe far tesoro di questa saggezza, in quanto anche il curante dovrebbe conoscere la storia del paziente per stabilire un rapporto di fiducia reciproca. La relazione di cura inoltre si sviluppa nel corso del tempo, sia per consentire al curante di conoscere meglio il paziente e quindi poterlo aiutare, sia perché la metafora dev'essere rinforzata nel tempo per poter generare un cambiamento duraturo (Barker, 1996).

Naturalmente, bisogna tenere conto che l'uso di metafore terapeutiche può anche comportare degli errori di tipo etico (da qui necessità di una consapevolezza professionale sull'uso professionale delle metafore). Gli errori più comuni sono (ibidem):

- Una scarsa comprensione della storia del paziente, conduce a una poca connessione reciproca (*rapport*);
- Usare una metafora prima di aver concluso l'analisi dei bisogni del paziente (*assessment*), può portare a utilizzare una metafora non del tutto pertinente con i suoi bisogni;
- Usare una metafora con la quale il cliente è a disagio, può comportare la perdita della relazione di fiducia;
- Usare una metafora quando vi è poco tempo per permettere al paziente di attraversarla, si rivela controproducente perché il paziente non può elaborarla con i ritmi necessari;
- Usare una metafora prima di concordare gli obiettivi terapeutici con il paziente si rivela poco etico e poco rispettoso nei suoi confronti.

Per questi motivi, indagare quale rappresentazione vi sia nella medicina generale rispetto alle metafore può rivelarsi molto interessante per la formazione dei curanti, al fine di aprire orizzonti terapeutici ulteriori che, oltre ai farmaci, includano anche un buon uso della parola.

2.Implicazioni per la formazione sanitaria

Come abbiamo potuto notare, lo studio della metafora linguistica assume connotazioni diverse sia all'interno della linguistica, sia fra un campo disciplinare e l'altro. Questa differenza, come vedremo, pone alcune problematiche sulle metodologie più opportune per studiare questo fenomeno, ancora difficilmente studiabile in un'ottica "evidence-based" (Troger, 2017). La scelta dello sguardo fenomenologico ci è sembrata più appropriata, perché tenendo conto di ciò che gli altri sguardi hanno conosciuto, permette di sospendere le teorie preconcepite e di andare ad indagare come questo fenomeno si manifesti in un contesto specifico. Questo permette di cogliere, successivamente, analogie e differenze riscontrate fra lo studio effettuato e le ricerche precedenti, sia nel medesimo settore che in altri. Pur non auspicando ad una generalizzazione dei risultati, quello che ci si aspetta è di riscontrare almeno delle analogie con quanto studiato da altri, nonostante la complessità di questo fenomeno. In questa ricerca, pertanto, si terrà conto di quanto affrontato finora, considerando che non esista ancora una disamina di questo tipo nell'educazione degli adulti. Tale complessità si pone alla base della domanda di ricerca che avvierà la revisione della letteratura, che è: «quali tematiche

della medicina generale sono affrontate con le metafore linguistiche?». In questo modo, potremmo iniziare ad avere un primo quadro teorico sugli usi e sulle rappresentazioni delle metafore nel nostro settore di interesse.

Un curante, davanti a certo quadro sintomatico, potrebbe comprenderlo più a fondo “non leggendolo alla lettera”, sforzandosi di andare oltre l’evidenza di ciò che dice il paziente. L’importanza di una professionalità riflessiva (Schön, 1999; Moon, 2004; Knowles et al., 2015) indica una certa attitudine alla consapevolezza e alla de-strutturazione dei presupposti impliciti che guidano le pratiche professionali e organizzative, al fine di saper riconoscere in che modo il proprio sguardo concorra alla co-costruzione della conoscenza, valorizzandolo per coglierlo in tutte le sue caratteristiche, particolarità e contraddizioni. In questo modo, si possono modificare, rafforzare o implementare quelle risorse individuali e collettive che tessono la trama di ogni apprendimento. Il professionista riflessivo, dunque, diffida dell’alone semantico espresso con la metafora (il non detto, il lasciato intendere), per poter trasformare la narrazione metaforica in spiegazione clinica, al fine di fornire interventi appropriati. Al contempo, riflessivo sarà quel professionista che tiene conto degli effetti del proprio linguaggio sui pazienti.

II. La Medicina Generale

In questo capitolo viene descritta l'evoluzione della Medicina Generale (MG) con un'analisi *top-down* della legislatura: partendo dal livello nazionale, ne evidenzieremo lo sviluppo in relazione alla nascita del Sistema Sanitario Nazionale spiegando, attraverso le leggi più importanti, come la MG sia collegata ai bisogni sanitari nazionali. Ci occuperemo poi di definire la figura del medico di medicina generale (MMG) anche alla luce degli aspetti *educativo-sanitari* che lo coinvolgono. Presteremo attenzione ai diversi *settori* della Medicina Generale, per poi esplorarne i modelli organizzativi *associativi*. Nella seconda metà del capitolo, approfondiremo gli aspetti riguardanti la *formazione professionale* di base e continua per medici e infermieri. Come anticipato, questa parte viene riassunta in Appendice I. Il modello sanitario italiano verrà infine confrontato sia con un modello europeo (quello britannico) in quanto strutturato su un sistema sanitario simile al nostro e abbastanza noto in letteratura, sia con il modello statunitense per comprendere le principali differenze fra i contesti.

1. Il panorama storico italiano

Con la *Dichiarazione di Alma-Ata* (OMS, 1978), pietra miliare e fonte di ispirazione principale in materia di assistenza sanitaria, il mondo della sanità ha iniziato a porre maggior attenzione ai bisogni degli individui e della collettività, avanzando l'ipotesi di una tutela della salute che avvenga in maniera *globale*. Uno dei fini principali era quello di ottenere una vita socialmente ed economicamente produttiva per tutti attraverso lo sviluppo armonico della personalità dei singoli, nel rispetto dell'equilibrio uomo-ambiente (Devoti, 2008). Da allora, la tutela della salute globale ha visto l'avvicinarsi di cambiamenti sul piano internazionale, europeo, nazionale e in questa globalità si trovano costantemente anche i medici e gli infermieri che lavorano nella Medicina Generale, sempre più immersi in nuovi cambiamenti per quanto riguarda la conoscenza di nuove

malattie, la comorbidità, la variabilità di pratiche e l'incertezza, la gestione di dispositivi informatici e le crescenti esigenze dei pazienti. Per collocare la funzionalità di questo campo medico nel sistema complesso delle cure dunque, la nostra analisi affronterà una rassegna legislativa, la cui divisione periodica seguirà il criterio *temporale* (in cui vige una determinata politica legislativa) e quello *territoriale* (nel quale si distinguono un livello nazionale, uno regionale e uno locale).

1.1. La nascita del Sistema Sanitario Nazionale

Il ruolo del medico di medicina generale, già esistente sotto un altro profilo nella seconda metà dell'Ottocento, acquisisce un importante statuto con la nascita del *Sistema Sanitario Nazionale* (SSN), avvenuta grazie alla Legge n. 833/1978. Il sistema sanitario si struttura come una politica pubblica data dall'insieme di:

[...] organi, strutture, funzioni ed attività destinati alla tutela della salute fisica e psichica di tutti i cittadini, senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo criteri di uguaglianza. (Ferrario, 2013, p. 167).

L'*obiettivo* principale dei suoi servizi è quello di rispondere alle *domande* di prevenzione, riabilitazione e cura individuali e collettive, attraverso un'*offerta* di prestazioni di base e specialistiche, assistenza farmaceutica e ospedaliera. Con questa legge si sanciva anche che l'attività decisionale del SSN era di tipo *centralizzato*, ovvero il potere legislativo era accentrato nella figura dello Stato per ciò che concerneva la programmazione sanitaria nazionale, la disciplina farmaceutica e i finanziamenti. Dello *Stato* facevano e fanno parte:

- Il *Ministero della Sanità*: che si occupa della programmazione sanitaria a livello nazionale, predispone i Piani Sanitari Nazionali, definisce gli obiettivi per la cittadinanza in materia di salute, determina i livelli assistenziali da garantire, compara i servizi e si occupa delle normative farmaceutiche, professionali e delle attività sanitarie;
- Il *Consiglio Superiore di Sanità*: un organo consultivo e tecnico del precedente, con funzione di supporto tecnico-scientifico nelle maggiori scelte decisionali;
- L'*Istituto Superiore di Sanità*: un organo tecnico-scientifico che ha funzioni di ricerca, formazione, sperimentazione e controllo in virtù delle esigenze del Ministero.

Secondo il principio di equità, il SSN ha il compito di ripartire un Fondo Sanitario Nazionale per finanziare annualmente i servizi sanitari sulla base della quota capitaria, calcolata con un insieme di indicatori che vengono applicati sulla popolazione di ciascuna Regione al fine di garantire una opportuna divisione. Alle *Regioni* poi competeva la programmazione regionale, l'attuazione del SSN e l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL), mentre agli *Enti locali territoriali* spettava la gestione delle funzioni locali: in ogni comune, il Sindaco poteva emettere delle ordinanze e svolgere alcune funzioni per gli accertamenti sanitari e obbligatori. Dal momento in cui è all'interno delle USL che veniva garantito il servizio di assistenza medico-generica, un approfondimento sulle loro caratteristiche è essenziale. Come suggerisce Ferrario (2013), le USL possono essere analizzate sotto quattro profili: istituzionale, organizzativo, funzionale e territoriale. A livello *istituzionale*, esse erano un sistema amministrativo autonomo e capace di connettersi ai comuni adiacenti, mentre su quello *organizzativo* comprendevano i servizi sanitari e sociosanitari. Da un punto di vista *funzionale*, erano delle strutture operative con specifiche competenze di prevenzione, riabilitazione e cura, tra le quali rientravano l'assistenza medico-generica e pediatrica, infermieristica, ospedaliera, farmaceutica, specialistica e di diagnosi (strumentale e di laboratorio).

Queste competenze erano spese per garantire: la tutela sanitaria materno-infantile, degli anziani, dei portatori di handicap, delle tossicodipendenti, dell'invalidità civile e della salute mentale, oltre ad essere impiegate per occuparsi dell'igiene dell'ambiente e dei luoghi di lavoro. Sul piano *territoriale*, ciascuna USL era dimensionata su gruppi di popolazione compresa fra i 50.000 e i 200.000 abitanti (L. n.833/1978, art. 14). La disomogeneità territoriale del suolo italiano è stata tuttavia una delle maggiori criticità del sistema e ha contribuito all'implementazione di riforme mirate al miglioramento dell'offerta dei servizi del SSN.

1.2. Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale

Negli anni Novanta ci sono stati dei cambiamenti fondamentali nell'assetto amministrativo del Sistema Sanitario. In particolare, il D.L. n.502/1992 coordinato con le modifiche del D.L. n.517/1993 e il terzo riordino legislativo (D.L. n.299/1999) hanno riformato alcuni punti chiave dei quali riportiamo i più rilevanti (Ferrario, 2013):

- *Programmazione*: avviene mediante un Piano Sanitario Nazionale di durata triennale nel quale si fissano gli obiettivi da raggiungere; è seguito dai Piani Sanitari Regionali;

- *Assetto istituzionale dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL)*: viene ridotto il numero di USL con accorpamenti territoriali decisi dalla regione; successivamente, si assiste alla loro trasformazione in ASL dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica: ciascuna ASL inoltre è gestita da un direttore generale nominato dalla regione.

La differenza etimologica tra USL ed ASL consiste nel pensare ad un'*unità* sanitaria come una comunità locale espressa attraverso i comuni, mentre l'*azienda* è un ente amministrativo regionale dotato di ampia autonomia economica (Ferrario, 2013).

- *Azienda ospedaliera (AO)*: diventa possibile l'aziendalizzazione di diverse tipologie di ospedali con il riconoscimento della loro autonomia organizzativa e amministrativa. Anche ai Presidi ospedalieri dell'azienda sanitaria è garantita un'accentuata autonomia direzionale, economico-finanziaria e gestionale; la remunerazione delle prestazioni avviene sulla base di tariffe fissate dalle regioni;
- *Regioni*: subiscono un rafforzamento legislativo perché hanno poteri, competenze e risorse autonome: infatti determinano i principi di organizzazione dei servizi e di erogazione delle prestazioni, quelli dei criteri delle ASL e delle AO, degli indirizzi tecnici di valutazione e di gestione della qualità delle prestazioni sanitarie;
- *Autonomie locali*: subiscono un sensibile ridimensionamento dei ruoli, specialmente i comuni, in virtù dell'aziendalizzazione e regionalizzazione dei servizi sanitari;
- *Erogazione dei servizi*: vengono definiti degli standard di qualità del servizio in previsione di forme di *concorrenza* fra strutture pubbliche e private mediante l'accreditamento, applicando il principio di libera scelta e la possibilità di esercizio dell'attività intramuraria per i medici; i servizi sociali possono essere gestiti dalle ASL su delega dei singoli comuni;
- *Finanze*: il sistema finanziario tra ASL e AO si distingue perché per la prima si basa sul finanziamento a funzione (per attività particolari) o quota capitaria, mentre l'azienda ospedaliera viene finanziata per funzione, per prestazione specialistica e ospedaliera e tramite le entrate ad essa proprie.

Questa fase vede dunque uno spostamento nella *governance* sanitaria dalla centralità dello Stato al sostegno della rete regionale, con conseguente demansionamento dei comuni (Ferrario, 2013). Inoltre, sono stati istituiti i *Distretti* (D.L. n.299/1999), sottosistemi territoriali e organizzativi delle ASL che garantiscono: il presidio ambulatorio polispecialistico di servizi rivolti ad anziani e disabili, la prevenzione delle tossicodipendenze, attività consultorie per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, per le patologie da HIV e di quelle in fase terminale, oltre che l'assistenza domiciliare integrata (ADI). Il criterio secondo cui un distretto si crea è relativo ai parametri della popolazione residente ed è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria con una contabilità separata all'interno del bilancio ASL (Ferrario, 2013).

1.3. Dal 2000 al 2005

In questo arco di tempo, la Legge n.328/2000 e la Legge Costituzionale n. 3/2001 sono le norme che hanno apportato radicali cambiamenti in materia di servizi socio-sanitari e di gestione dei poteri nei tre livelli della Repubblica: statale, regionale, locale. Queste leggi sono strettamente interrelate e vanno di pari passo nell'analisi delle politiche sociali e sanitarie: con la prima, i comuni sanciscono dei *Piani di zona* in intesa con le ASL e a loro spetta il coordinamento di attività e progetti che ambiscono a un'integrazione socio-sanitaria. I territori delle ASL vengono determinati dalle Regioni, mentre i territori dei distretti competono ai direttori generali. Il 2000 è anche l'anno in cui l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) sancisce la possibilità per i medici di Medicina Generale di lavorare in *forme associate*, i cui dettagli e modelli organizzativi verranno approfonditi nel paragrafo.

La L.C. n.3/2001, in seguito, ha trasformato profondamente l'assetto del governo territoriale mutando i rapporti tra centro e periferia, per cui lo Stato esercita le sue funzioni legislative in materie che ne richiedono l'unitarietà nazionale (finanza, istruzione, politica estera ecc.) mentre per la "tutela della salute" viene istituito un doppio potere nel *rapporto Stato-Regioni*: le Regioni hanno la potestà legislativa in materia socio-sanitaria, oltre che amministrativa ed organizzativa in ambito sanitario, mentre la determinazione dei principi fondamentali da perseguire è riservata allo Stato (Costituzione, art. 117, comma 3). Nello stesso anno, i tre decreti menzionati in precedenza (D.L. n.502/1992, D.L. n.517/1993 e D.L. n.299/1999) sono diventati la base

del DPCM 29 novembre 2001, con il quale si definiscono per la prima volta i *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, in forma gratuita o dietro quota di partecipazione: la definizione dei LEA è attualmente indicata nel Piano Sanitario Nazionale e tali livelli devono essere assicurati nel triennio di validità del Piano. Ai Comuni spettano le fasi attuative, di controllo e di promozione delle diverse forme di gestione dei servizi, condividendo con le regioni il potere amministrativo, gestionale e programmatico. Parimenti importanti per questo periodo sono stati i *Piani Sanitari Nazionali 1998-2000* e *2003-2005*, perché hanno fatto parte della programmazione sanitaria delineando: le aree prioritarie di intervento, i LEA, gli indirizzi finalizzati a orientare di volta in volta il SSN verso un continuo miglioramento della qualità dell'assistenza, i progetti-obiettivo da realizzare con i servizi sanitari e socio-sanitari, le finalità generali e i settori principali della ricerca, le Linee Guida dei processi diagnostico-terapeutici, i criteri per la verifica dei livelli di assistenza assicurati rispetto ai previsti e le esigenze relative alla formazione di base e continua del personale, nonché al fabbisogno della valorizzazione delle risorse umane. Sulle istanze formativo-professionali scenderemo più in dettaglio nel paragrafo 3. *Formazione e Medicina Generale*.

1.4. L'ultimo decennio

Tendenzialmente, in questo periodo la Medicina Generale vede il susseguirsi degli ACN del 2009 e del 2010, che disegnano le linee guida integrative ai precedenti e tuttavia non hanno apportato sostanziali cambiamenti nello svolgimento della professione in sé. A questi si interconnettono anche i diversi Piani Sanitari Nazionali, sui quali ci concentreremo soprattutto per le istanze formative, approfondendole nel paragrafo sulla formazione. Un aspetto importante di questa decade su cui concentrarsi è la stipulazione del *Patto per la Salute*, accordo finanziario e programmatico a validità triennale sancito nella Conferenza Stato-Regioni fra Governo, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Di questi patti ne ricordiamo soprattutto due, il *Patto per la Salute 2010 – 2012* e quello del *2014-2016* in quanto salienti: con il primo Patto ha acquisito una grande importanza tecnico-operativa l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali), un organo del Ministero della Salute che insieme all'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) contribuisce all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e

monitoraggio, da sottoporre poi alla Conferenza Stato-Regioni. Inoltre, il patto attua definitivamente i flussi informativi relativi all'assistenza domiciliare e residenziale afferenti al nuovo sistema informatico sanitario (NSIS). Anche la formazione medica entra in gioco, specialmente per ciò che riguarda l'Educazione Continua in Medicina (ECM). Il secondo Patto invece è strettamente collegato a un decreto legge cruciale per la Medicina Generale, che è il D.L. n.158/2012 convertito poi in D.L. n.189/2012 (o legge Balduzzi). Questo decreto infatti ha elaborato sia una serie di cautele in materia di responsabilità civile medica e della struttura sanitaria, sia un nuovo disegno sulle cure primarie del SSN, e lo fa attraverso la nascita di:

- *Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)*: aree territoriali aggregative e organizzative della Medicina Generale (diverse dalle forme associative di cui parleremo nel paragrafo 2.3. *Modelli associativi di Assistenza primaria*) con un bacino di utenza non superiore ai 30.000 abitanti, di cui fanno parte i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta, le ex guardie mediche e gli specialisti ambulatoriali. Offrono assistenza “h16” dalle 08:00 alle 20:00 nei giorni feriali, con una copertura dalle 20:00 alle 00:00 delle guardie mediche. Dalle 00:00 alle 08:00 invece l'assistenza è garantita dal servizio di emergenza 118. Questa prima modifica è volta al fine di garantire una maggiore copertura assistenziale in orari scoperti e di sfoltire gli utenti rivolti al pronto soccorso in codice bianco e verde (a scapito di reali emergenze). La continuità assistenziale, naturalmente, non si limita ad essere un fattore di “ore coperte” dato che prevede altresì una programmazione diagnostico-terapeutica da parte dei distretti per le malattie croniche più diffuse (pianificate sulla base di dati epidemiologici).
- *Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP)*: sono forme organizzate di unità multiprofessionali, che operano in forma integrata all'interno di strutture o presidi e si occupano di erogare le prestazioni di assistenza della Medicina Generale tramite l'integrazione e il coordinamento multiprofessionale, multisettoriale e multidisciplinare, in particolare fra MMG e specialisti, ma questa integrazione valorizza anche le relazioni fra professionisti ospedalieri e servizi distrettuali.

Le UCCP sono quindi dei poliambulatori con strumenti di base aperti al pubblico 12 ore su 24, e dovrebbero garantire le prestazioni elencate nel Patto della Salute 2014-2016 (art 5., comma 4).

- *Iter*: ogni paziente sarà inserito in una AFT che lo introdurrà ai servizi offerti da poliambulatori specialistici presso le UCCP oppure presso i centri diagnostici più appropriati per il territorio (Patto della Salute 2014-2016, art.1., comma 3);
- *Finanziamenti*: i finanziamenti a budget (attività di programmazione tipicamente aziendale) restano iniziative singole aziendali, per cui non potranno dirsi uniformi su tutto il territorio nazionale, con la probabilità di presentare difformità assistenziali come viene documentato dall'esperienza delle Medicine di Gruppo (approfondite nel paragrafo 2.3. *Modelli associativi di Assistenza primaria*), in quanto la relazione fra standard e costi non viene definita uniformemente per l'erogazione dei LEA sul piano nazionale dall'ACN;
- *Assetto organizzativo*: le linee guida, le modalità e le caratteristiche sulla ripartizione dei lavori di coloro che compongono l'UCCP sono definite nelle disposizioni del vigente ACN, mentre alle Regioni spetta definire gli standard relativi all'erogazione dei servizi, alle prestazioni, la programmazione e realizzazione delle UCCP attraverso criteri specifici che le aziende devono concordare definendo i livelli di spesa, anche avvalendosi di forme di finanziamento a budget nei confronti delle UCCP;
- *Governance*: le aggregazioni di MMG sono paritarie e rappresentate da un referente scelto elettivamente che funge da coordinatore, in carica per 4 anni e rieleggibile, il quale si occupa di garantire la comunicazione fra i diversi livelli dell'AFT, organizzare le riunioni operative dei medici dell'AFT e di coordinare e monitorare a fin di rendicontazione gli effettivi risultati dell'aggregazione stessa;
- *Sede*: dev'esserci una sede di riferimento principale ma i medici possono anche lavorare in sedi individuali, in più sedi associate o in una aggregata. Nei casi della medicina di gruppo, la sede condivisa può diventare sede di riferimento dell'AFT.

A livello regionale, una delle ultime sfide è stata lanciata dalla Regione Lombardia che, nel 2015, ha riformato il suo sistema sociosanitario (L.R. n.23/2015) con una riduzione sensibile dei costi e del numero delle ASL, un aumento dei controlli e un accesso maggiore ad esami e visite, oltre a un'implementazione della prevenzione. Sono state quindi istituite 8 Agenzie Territoriali Sanitarie (ATS, ex ASL) che raggruppano 27

Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST, ex aziende ospedaliere) su tutto il suolo lombardo:

- *ATS*: avranno una funzione di gestione, programmazione e controllo, oltre che di supervisione sulla continuità delle cure dei malati cronici; accreditano, acquistano e negoziano le strutture sanitarie e sociosanitarie;
- *ASST*: concorrono con altri soggetti del sistema all'erogazione dei LEA ed eventuali livelli di assistenza aggiuntivi definiti dalla Regione, articolandosi in due settori che afferiscono alla direzione generale: la *rete territoriale*, composta dai Presidi ospedalieri territoriali (POT) e dai Presidi socio sanitari territoriali (PreSST), e il *polo ospedaliero* (che include i Presidi ospedalieri);
- *Azienda di vigilanza e controllo*: nasce per monitorare l'erogazione delle prestazioni e delle cure sanitarie e sociosanitarie, in collegamento con ciascuna ATS;
- *Obiettivi ulteriori*: la legge regionale prevede l'esemplificazione procedurale di visite ed esami tramite la prenotazione online, oltre all'abolizione graduale del ticket per coloro che hanno un reddito fino a 32.000 euro.

Una volta compreso l'ampio background entro cui la Medicina Generale si inserisce, ci è possibile scendere nel dettaglio e individuare quali sono gli aspetti principali che la connotano in Italia.

2. Le caratteristiche principali della Medicina Generale

In questo paragrafo illustreremo la figura del medico di Medicina Generale nei suoi aspetti peculiari, chiarendo quali sono i settori in cui può esercitare il suo lavoro e quali gli elementi educativi che lo connotano e lo coinvolgono rispetto ai bisogni del Sistema Sanitario Nazionale. Successivamente, approfondiremo soprattutto le modalità di lavoro *associativo* e di associazionismo complesso, evidenziando analogie e differenze e mostrando alcuni esempi attuati a livello regionale.

2.1. Il ruolo dei medici e degli infermieri

Nel 2002 il WONCA-Europe ha definito i medici di Medicina Generale come coloro che “garantiscono continuità delle cure” e sono il “primo contatto” per i cittadini a fini

dell'assistenza sanitaria, in quanto si occupano di gestire problemi di salute sia acuti che cronici e i malesseri asintomatici, promuovendo la salute e il benessere nelle dimensioni fisiche, psicologiche, sociali e culturali (WONCA-Europe, 2002; Tombesi et al., 2009). In generale, le *attività* e i compiti di un medico di MG sono di tipo (Ambrosetti, 2007, pp. 112-113):

1. *Clinico-individuale*: cioè azioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione volte al fine di garantire al paziente il miglior stato di salute possibile;
2. *Clinico-di comunità*: ovvero svolge funzioni di medicina preventiva e clinica;
3. *Professionale e organizzativo*: partecipa alle attività di programmazione e gestione del SSN;
4. *Certificativo*: compie attività necessarie per rendere conto delle condizioni di salute dei pazienti nei casi previsti dalla legge;
5. *Comunicativa*: sviluppa e diffonde la cultura sanitaria fra gli individui e la popolazione;
6. *Educativa e informativa*: nella quale sviluppa un'alleanza col cittadino per la salute dello stesso.

L'Accordo Collettivo Nazionale del 2000 prevede che i MMG svolgano due tipi di visite: ambulatoriale e domiciliare. La prima avviene secondo le modalità dichiarate dal medico, mentre la seconda può avvenire entro la giornata (se la richiesta è stata fatta entro le ore 10:00) oppure entro le ore 12:00 della giornata seguente (qualora la richiesta avvenisse dopo le ore 10:00): una visita domiciliare è gratuita qualora il medico si accerti della non trasportabilità del paziente in ambulatorio. Alla fine della visita, e in base alla patologia diagnosticata, il medico può prescrivere farmaci tramite la ricetta medica (che nel 2016 diventa elettronica) oppure accertamenti specialistici. Riguardo alla scelta del medico, invece, i pazienti possono scegliere personalmente il professionista che desiderano fra quelli convenzionati con il SSN e disponibili sul territorio (in base al massimale stabilito, cioè il numero di pazienti che un MMG può avere in carico). Un medico di Medicina Generale può poi svolgere il suo lavoro come esercizio individuale o come associato. Nel primo caso la strutturazione organizzativa è relativamente semplice, in quanto egli è titolare delle attrezzature, del rapporto di lavoro dipendente o di collaborazione con l'eventuale personale, così come dei contratti delle utenze a servizio della sede dove egli lavora (qualora non ne sia proprietario). Maggiormente complesse sono invece le forme di associazionismo, di cui ci occuperemo nel paragrafo 2.3. *Modelli*

associativi di Assistenza primaria. Vicino al medico, talvolta, è possibile trovare un infermiere in collaborazione e le attività che coinvolgono l'*infermiere di famiglia* consistono in (Silvestro, 2009, p. 364):

1. Sviluppare processi assistenziali in situazioni di relativa stabilità clinico-assistenziale, nell'ambito dell'équipe assistenziale, insieme al MMG;
2. Dare al paziente le informazioni necessarie a sostegno del processo di autocura;
3. Educare l'assistito o il caregiver nelle abilità volte alla riduzione o al miglioramento dei problemi quotidiani derivanti dalla cronicità;
4. Fornire delle indicazioni utili per accedere ai diversi servizi e per trovare e utilizzare le necessarie informazioni;
5. Coordinare, gestire i casi assistenziali e assistere direttamente nelle fasi terminali della vita (cure palliative);
6. Tenere come focus prioritario (in situazioni di relativa instabilità critico-assistenziale) l'interrelazione fra i diversi professionisti che intervengono e si integrano nella gestione della malattia.

In questa dinamica, l'assistenza infermieristica è sinergicamente volta a garantire la centralità dell'assistito in modo proattivo, sia nella gestione della propria patologia a sostegno del processo di autocura che nell'acquisizione di comportamenti atti a migliorare la qualità della sua vita (Silvestro, 2009, p. 365).

2.1.1. *Dimensioni educative*

Per capire dove si colloca la figura del medico di Medicina Generale in rapporto agli *obiettivi* del SSN è quindi necessario accennare al tema della prevenzione, in quanto uno degli aspetti cardine della sua costituzione: a distanza di pochi mesi dalla Dichiarazione di Alma-Ata, in Italia la Legge n.833/1978 aveva anche indicato il concetto fondamentale di "globalità della salute", verso la quale il SSN si impegna tuttora a mantenere una responsabilità politico-amministrativa, per cui le sue pratiche operative possono essere suddivise in (Devoti, 2008; Ferrario, 2013):

- *Prevenzione primaria* (o Medicina Preventiva): consiste nell'attuare misure a livello individuale o di popolazione per diminuire l'incidenza di qualsiasi patologia. È rivolta a soggetti sani al fine di promuovere la salute e prevenire le malattie;

- *Prevenzione secondaria* (o Diagnosi Precoce): rivolta a soggetti che, pur apparendo sani, sono in realtà ammalati in maniera asintomatica o in una fase precoce della malattia. L'individuazione in fase preclinica, ovvero prima che la malattia diventi manifesta, delle condizioni di rischio o di stadi patologici permette l'attuazione di interventi correttivi che possano ridurre il rischio di mortalità;
- *Prevenzione terziaria* (o Medicina Riabilitativa): si occupa di persone ammalate cercando di ridurre le conseguenze fisiche e sociali con la riabilitazione, limitandone complicanze ed eventuali disabilità.

Un intervento di prevenzione può essere di tipo *generalizzato* (di massa) o *individuale* (o selettivo): il primo tipo ha come scopo la prevenzione del rischio, mentre il secondo può avere come scopo la correzione di un rischio già presente. Nel caso della prevenzione individuale, il medico si occupa di creare intenzionalmente degli interventi di tipo "educativo", volti cioè alla generazione di un cambiamento nell'*habitus* (Bourdieu, 1970) del paziente, come la modifica di alcune abitudini che ne peggiorano lo stato di malattia o come l'apprendimento di comportamenti che ne tutelino la salute. In entrambi i casi, l'intenzionalità dell'intervento educativo è propedeutica a un miglioramento che si concretizza in un tempo e uno spazio dedicati alla cura dei bisogni del paziente, e si sviluppa all'interno della relazione con il curante.

La letteratura accademica mette in luce alcune differenze di stile nella conduzione di questi interventi (Montagna & Zannini, 2012), che possono essere meramente orientati a uno scopo informativo (*patient teaching*) oppure possono aderire a un modello di cura che miri a rendere partecipe il paziente della sua stessa attività di cura, coinvolgendolo nelle prese di decisioni e adattando la cura alla sua complessità che lo caratterizza (*patient education*): in questo modo, è molto plausibile che il paziente si senta complice della relazione con il curante, aumentando così la possibilità di empowerment dello stesso, e al contempo beneficiare di una buona alleanza terapeutica col medico stesso. Nei casi di cronicità, si parla anche di *educazione terapeutica del paziente* (ETP) che a differenza di quest'ultima si svolge sia in spazi *formali* (di gruppo, con una équipe ecc.) che *informali* (al letto del paziente, visite ambulatoriali o domiciliari). Ad ogni modo, la valenza formativa di un intervento educativo parte sempre da una preliminare analisi dei bisogni del paziente che, oltre ad essere informato correttamente, ha il diritto di essere posto nelle condizioni di partecipare responsabilmente al suo percorso di cura e/o di guarigione. Non ultima, la sua richiesta di un impiego non esiguo di risorse, sia

organizzative che umane, al fine di garantire un supporto di cura globale ottimale (ibidem). Bisogna inoltre tener presente che nell'individuazione degli obiettivi educativi gioca un ruolo molto importante il tempo necessario a perseguirli. Essi si distinguono infatti in obiettivi a lunga, media o breve scadenza. Ciascun intervento educativo rivolto al miglioramento globale dello stato di salute del paziente attiva costantemente una fase di monitoraggio, di verifica e di valutazione del programma scelto fra curante e paziente, in modo da poterlo calibrare man mano a seconda dell'evoluzione della situazione (Devoti, 2008). Per questo motivo, una cruciale importanza è assunta dalla relazione d'aiuto, la quale diventa uno strumento pregnante o penalizzante del processo di cura, specialmente nella Medicina Generale dove il medico è scelto dal paziente ed ha il compito di tener memoria della sua storia biografica, di quella familiare, di quella biologica, operando connessioni e imparando a operare una costante manutenzione della relazione: il *rapporto di fiducia* è dunque un valore costitutivo della professione del MMG (Mazzeo et al., 2009).

2.2. I quattro settori delle Cure Primarie

Negli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i MMG, le Cure Primarie sono ripartite in quattro settori: l'*assistenza primaria*, la *continuità assistenziale*, la *medicina dei servizi e dirigenza territoriale* e l'*emergenza sanitaria territoriale*. Tale ripartizione evidenzia le modalità attraverso cui il territorio risponde alle domande del Sistema Sanitario Nazionale prestando servizio ai cittadini.

2.2.1. Assistenza primaria o Medicina di Famiglia

I medici di medicina generale di Assistenza Primaria sono anche chiamati Medici di Famiglia (MdF) e rappresentano il primo punto di accesso al SSN per i cittadini che li hanno scelti liberamente. Le caratteristiche fondamentali di questo settore sono:

- *Rapporto ottimale*. Regola la distribuzione dei MdF sul territorio. Per ciascun territorio viene inserito un medico ogni 1.000 abitanti di età superiore ai 14 anni (fino a 6 anni è obbligatoria l'assistenza pediatrica, fino ai 14 è garantita) (ACN, 2000, art. 19, comma 9); ultimamente in diverse regioni le normative hanno previsto un rapporto ottimale diverso, con l'inserimento di un medico di famiglia ogni 1.100, 1.200 o 1.300 abitanti.

- *Lista di assistiti, massimale e rapporto fiduciario.* Essendo il medico di famiglia (e il pediatra di libera scelta) scelto liberamente dal cittadino, il rapporto fiduciario diventa un elemento imprescindibile della Medicina di Famiglia. Ogni persona ha il diritto di scegliere il suo medico fra quelli presenti nel suo territorio e può modificare la scelta in qualsiasi momento. Il medico ha poi una lista di assistiti il cui numero massimo (detto massimale) è di 1.500 persone, salvo specifiche deroghe.
- *Disponibilità oraria.* Il MdF svolge la sua attività fra le 08:00 e le 20:00 nei giorni feriali, e fino alle 10:00 nei giorni festivi. Come abbiamo anticipato in precedenza, è tenuto ad effettuare in giornata le visite domiciliari richieste entro le ore 10 ed entro le ore 12 del giorno successivo quelle pervenute dopo le ore 10.

Le visite urgenti devono essere svolte nel più breve tempo possibile e il medico è tenuto ad avere un orario di accesso in studio non inferiore a 5 ore settimanali fino a 500 scelte, non inferiore a 10 ore fino a 1.000 scelte, non inferiore a 15 fino a 1.500 scelte, per 5 giorni alla settimana.

- *Struttura della remunerazione.* Il trattamento economico per i medici convenzionati per questo settore, secondo quanto previsto dal D.L. n.502/92 e dalle successive modifiche, si articola in:
 - *Quota capitaria per assistito ponderata.* Viene negoziata a livello nazionale;
 - *Quota variabile.* Finalizzata al raggiungimento di obiettivi, standard erogativi e organizzativi previsti dalla programmazione regionale e/o aziendale, compresa la medicina associata, l'indennità di collaborazione informatica, di collaboratore di studio medico e di personale infermieristico;
 - *Quota per servizi.* Calcolata in base al tipo e alla quantità di prestazioni, concordata a livello regionale e/o aziendale e comprende le prestazioni aggiuntive, l'assistenza programmata, l'assistenza domiciliare (programmata e integrata), prestazioni in ospedali di comunità o strutture alternative al ricovero ospedaliero e ulteriori attività richieste dalle Aziende.

2.2.2. *Continuità assistenziale*

Originariamente definiti “medici di guardia medica”, ai medici di continuità assistenziale (C.A.) è conferito il compito di garantire l’assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale e in strutture assistite nelle fasce orarie notturne, prefestive e festive, attraverso un’organizzazione compresa nella programmazione regionale, in modo da rispondere alle diversità assistenziali legate alle caratteristiche geomorfologiche e demografiche. I medici sono retribuiti con un compenso orario e il rapporto ottimale definito dall’ACN del 2009 prevede un medico di CA ogni 5.000 abitanti, in base alla programmazione regionale. Sono comunque presenti modelli di coinvolgimento dei medici di CA nei processi assistenziali propri dell’Assistenza Primaria (come l’assistenza in RSA, a pazienti fragili, l’assistenza domiciliare integrata, ambulatori per i codici bianchi, ecc.) ma la densità di presenza di questa figura risulta tuttavia molto diversificata sul territorio nazionale.

2.2.3. *Medicina dei servizi e dirigenza territoriale*

È un settore di cui il D.L. n.502/1992 e successive modifiche ha previsto l’interruzione dell’accesso, costituito da medici in regime di dipendenza e di convenzione operanti all’interno dei distretti e dei presidi territoriali, retribuiti con compenso orario. Solo con l’ACN del 2009 i medici in regime di convenzione possono assumere incarichi a tempo pieno (38h/settimana) e svolgono funzioni diverse nell’ambito dei distretti, sia di supporto che di responsabilità nell’organizzazione e nelle attività di medicina legale, prelievi, assistenza domiciliare, assistenza alle tossicodipendenze, igiene pubblica, attività sanitarie di comunità, ecc.

2.2.4. *Emergenza sanitaria territoriale*

Questo settore rappresenta una delle fasi operative del sistema dell’*emergenza sanitaria*, dove l’integrazione delle varie competenze professionali coinvolte consente un collegamento funzionale dei vari momenti organizzativi nella catena dei soccorsi. I medici di questo settore, originariamente convenzionati a 38h/settimanali con esclusività di rapporto e provenienti dalla CA, si sono gradualmente differenziati per motivi organizzativi legati alle diverse esigenze espresse dai singoli ambiti regionali o aziendali: sono retribuiti con compenso orario.

2.3. Modelli associativi di assistenza primaria

Come accennavamo nel paragrafo 1.3. *Dal 2000 al 2005*, l'Accordo Condiviso Nazionale del 2000 ha previsto la possibilità per i medici di MG di lavorare in forme associate. L'intento associativo mira essenzialmente a: facilitare il rapporto cittadino-medico, garantire una maggiore qualità e appropriatezza dei servizi, promuovere la continuità di assistenza e cura mediante modalità di integrazione professionale fra i medici, perseguire il coordinamento funzionale dei MMG con i servizi e le attività distrettuali, perseguire degli standard maggiormente qualificati dell'attività professionale a livello strutturale, organizzativo, strumentale ed implementare Linee Guida diagnostico-terapeutiche per le patologie di alta prevalenza, attuando verifiche periodiche (ACN, 2000 art. 54, comma 2). Nella medicina associata, la condivisione del patrimonio culturale, informativo, esperienziale e delle risorse è dunque volta a potenziare le capacità professionali individuali a *vantaggio* dei destinatari delle prestazioni, attuando le direttive provenienti dai PSN in modo da venire incontro alle istanze locali.

Le forme associative dell'attività di Assistenza primaria sono libere, volontarie e paritarie fra partecipanti (ACN, 2000 art. 54, comma 4) e tali modelli associativi (ACN, 2000 art. 54, comma 6-9) si distinguono in:

- *Medicina in associazione*: consiste nella distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, coerenti con l'articolazione territoriale del distretto ma non vincolati ad un'unica sede. Uno di questi studi ha una chiusura pomeridiana non inferiore alle ore 19:00. Il numero dei medici associati non può essere minore di quello pattuito dall'ambito territoriale di scelta (ACN, 2000, art. 33) e non può essere superiore a 10. Il limite sale di 4 unità qualora, una volta costituita l'associazione, nel territorio residui un numero minimo di medici, tale da non consentirne la costituzione di una nuova. In buona sostanza, i medici associati condividono e implementano le Linee Guida diagnostico-terapeutiche (per le patologie a più alta prevalenza) e si confrontano in momenti di revisione della qualità delle attività e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione, affinché siano promossi comportamenti uniformemente coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione. Considerando l'aspetto economico, oltre alla quota già citata si aggiunge una minore quota capitaria remunerativa in base agli impegni assunti;

- *Medicina in rete*: è la distribuzione territoriale degli studi di assistenza primaria, anch'essa non vincolata a sede unica e coerente con l'articolazione territoriale del distretto. Possono essere presenti uno o più studi nei quali i medici svolgano a turno attività concordate. Tutti gli associati gestiscono la scheda sanitaria individuale in via telematica e il collegamento reciproco fra gli studi avviene con sistemi informatici tali da consentire l'accesso alle informazioni relative agli assistiti dei medici dell'associazione. L'utilizzo di questi sistemi avviene tramite il collegamento con i centri di prenotazione dell'ASL e l'eventuale trasmissione dei dati epidemiologici o prescrittivi avviene quando normata da appositi Accordi regionali o aziendali. Come la prima forma associativa, la chiusura pomeridiana di uno degli studi non avviene prima delle ore 19:00. Il numero degli associati segue le procedure della precedente e per l'aspetto economico si aggiunge una minore quota che copre i costi e, talvolta, è minimamente remunerativa;
- *Medicina di gruppo*: ha un'unica sede per il gruppo articolata in più studi medici, pur essendoci la possibilità che ciascun medico possa operare in altri studi dello stesso ambito territoriale, ma in orari aggiuntivi ai previsti e nella sede principale. Il numero di studi in sede deve essere pari almeno alla metà del numero dei medici, con la possibilità di utilizzarli indistintamente anche in orari differenziati. Come nel caso precedente, viene utilizzato un supporto tecnologico e strumentale comune per l'attività assistenziale, anche in spazi condivisi. Anche in questa forma associativa è previsto l'uso di software compatibili per la gestione della scheda sanitaria, così come per la comunicazione informatica di dati epidemiologici o prescrittivi. Il gruppo può avvalersi di personale di segreteria o infermieristico collettivo, secondo un accordo interno. Il numero dei medici associati non può essere superiore a 8. Sul piano economico, alle quote spiegate in precedenza si aggiunge una minore quota che non ricopre i costi né è remunerativa (eccezione fatta per qualche Regione in cui sia stata aumentata con gli Accordi regionali) (Mazzeo et al., 2009).

A differenza dell'esercizio dell'attività professionale libera dunque, le forme associative prevedono la condivisione di sedi, studi professionali e poliambulatori, beni strumentali e servizi di tipo informativo, formativo, organizzativo e gestionale. I medici associati condividono servizi informatici e telematici di raccolta dati e di telemedicina,

servizi di verifica e di revisione della qualità oltre che ogni bene e servizio inerente al perseguimento degli obiettivi assistenziali (previsti dalla *programmazione sanitaria nazionale e regionale*) individuati nell'ambito degli Accordi Collettivi o Integrativi Regionali. Inoltre l'ACN del 2000 prevedeva un'ulteriore forma aggregativa (*équipe*), mentre l'ACN del 2005 ha introdotto in via sperimentale le *Unità territoriali di assistenza primaria* (UTAP):

- *Équipe*: è un'aggregazione funzionale non operativa di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori di centri di salute (medici, assistenti sociali, infermieri), medici di continuità assistenziale, medici specialisti dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, unità valutative di supporto e professionisti degli staff dei centri di supporto, volta a garantire l'integrazione socio-sanitaria dei servizi e l'inter-settorialità nell'ambito territoriale di riferimento. È un organismo distrettuale operativo e rappresenta lo strumento attuativo della programmazione sanitaria, capace di organizzare il lavoro di questi professionisti al fine di raggiungere la realizzazione dei LEA con progetti e programmi assistenziali di livello nazionale, regionale e aziendale (ACN, 2005). Inoltre, garantiscono un'assistenza sette giorni su sette con un intervento coordinato e integrato, strettamente connesso alla rete socio-sanitaria;
- *Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP)*: sono forme aggregative sperimentali per l'erogazione di prestazioni complesse, pensate come forme evolute di associazionismo dei medici convenzionati e sono strutture ad alta integrazione multiprofessionale e multidisciplinare che operano sul piano distrettuale, le cui funzioni sono accordate col distretto sulla base di obiettivi capaci di integrare servizi sanitari e socio-sanitari (Del Favero & Cinquetti, 2009, p. 527). Importante, a tal proposito, è stata l'esperienza veneta seguita dalle regioni: Toscana, Emilia Romagna, Campania, Abruzzo e Liguria. Una UTAP è data dall'associazione di più medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e specialisti convenzionati), che operano in sede unica garantendo il soddisfacimento dell'integrazione fra medicina di base e specialistica (Mazzeo et al., 2009).

2.3.1. *Associazione complesso*

Il comma 3 dell'accordo nazionale del 2000 e le successive modifiche del 2005 prevedevano altresì la creazione di forme organizzative dalle caratteristiche o attività aggiuntive, previa stipulazione di *Accordi Integrativi Regionali* con i sindacati maggiormente rappresentativi, capaci di definire anche i relativi compensi integrati (attualmente, possiamo considerare i seguenti firmatari: SIMG, FIMMG, SNAMI, UIL-FPL, CGIL e SIMET-SUMAI-CISL). Puntualizzando la nostra analisi sul territorio regionale, in Italia sono state sperimentate tre tipologie di associazionismo complesso (Mazzeo et al., 2009), che dimostrano l'eterogeneità organizzativa e programmatica dell'Assistenza primaria a livello distrettuale:

- *Unità di Cure Primarie (UCP)*: sono presenti in Toscana e nel Lazio e costituiscono un modello organizzativo che assicura l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte della MG, della pediatria di libera scelta, della CA e di altre professionalità. Si caratterizzano per la forte inter-settorializzazione sia verso le politiche sociali sia verso gli interventi non sanitari (sicurezza alimentare, sorveglianza attiva a favore degli anziani ecc.) e sono volte a riorganizzare l'offerta dei servizi estendendo l'orario di assistenza fino a coprire 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Inoltre organizzano risposte sanitarie e socio-sanitarie complesse grazie alla collaborazione di diverse figure professionali che utilizzano linee guida condivise, formulando eventualmente nuovi percorsi diagnostici e terapeutici. Infine, attivano una risposta medico-infermieristica e specialistica anche per l'assistenza domiciliare integrata (ADI), nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), negli Hospice o per interventi personalizzati a favore di pazienti con patologie croniche;
- *Dipartimenti di Cure Primarie (DCP)*: sono stati istituiti a livello infra-distrettuale per realizzare l'integrazione fra MG e servizi sociali, sia in Emilia Romagna che in Campania, al fine di organizzare e gestire il processo di produzione dei servizi territoriali presenti a livello distrettuale, assicurando l'erogazione integrata di servizi sanitari e socio-sanitari. Al DCP competono le responsabilità cliniche e di produzione dei servizi sanitari che però sono separate dalla programmazione strategica, dalla valutazione, dalla tempestività e continuità delle cure che invece competono al Distretto. La rete clinica del DCP è rappresentata dai Nuclei di Cure Primarie (NCP) formati da MG e pediatri di

libera scelta che erogano i servizi omogeneamente su una popolazione di 10-30 mila abitanti, assicurando l'Assistenza primaria, la CA e la realizzazione dei programmi sanitari locali. Del nucleo fanno parte anche altre figure professionali, come l'infermiera professionale, l'assistente sociale, l'educatore professionale, l'addetto all'assistenza di base, il terapeuta della riabilitazione e l'ostetrica.

Anche in questo caso, l'obiettivo è quello di integrare i professionisti convenzionati nell'organizzazione aziendale, al fine di garantire una copertura oraria, giornaliera e dei percorsi diagnostici terapeutici concordati per il miglioramento dell'assistenza primaria (Mazzeo et al., 2009, pp. 516-517).

- *Gruppi di Cure Primarie (GCP)*: intesi come “unità elementari di offerta integrata di competenze mediche, infermieristiche e specialistiche di primo livello” (ivi, p. 517), questi gruppi sono stati la soluzione organizzativa scelta dalla Lombardia e dal Piemonte per affrontare bisogni di natura complessa. I medici che li compongono sono MMG che hanno il proprio ambito di scelta nel territorio dove ha sede il gruppo, il personale amministrativo e gli infermieri; i loro rapporti organizzativi si basano sull'autonomia e sulla responsabilità dei singoli ma anche sulla condivisione delle modalità di presa in carico e dei processi diagnostico-terapeutici. Ciascun GCP definisce autonomamente la propria organizzazione interna per gestire le attività, coniugandosi responsabilmente con l'esigenza di assicurare la programmazione, il coordinamento e la valutazione delle attività. Il gruppo ha una figura che coordina e mantiene i contatti con la Direzione della ASL e tutti gli altri livelli istituzionali. Inoltre, questi gruppi si collocano nel Distretto e hanno rapporti diretti con l'ospedale e gli altri enti della rete, diventando un punto cardine dell'assistenza territoriale (ivi, 2009, p. 518).

Con l'Accordo Collettivo Nazionale del 2010 e i recenti riordini legislativi (D.L. n.189/2012 e seguenti) le varie forme associative sono confluite nell'asse UCCP-AFT, auspicando la sinergia di una rete integrata che consenta, grazie all'organizzazione dei servizi, una partecipazione condivisa nella definizione di compiti e responsabilità, al fine di garantire nel tempo una tutela e una promozione della salute, la continuità terapeutica e il miglioramento della qualità della vita dei cittadini. La Tabella 1 (a e b) sintetizza i

principali modelli di associazione complessa che si sono attivati in alcune regioni d'Italia, indicando le professioni coinvolte e la presenza di una sede unica.

Regioni	Emilia R.	Lazio	Lombardia	Marche	Piemonte
Modelli e anno di attivazione	NCP (2000)	UCP (2004) UTAP (2006)	GCP (2005)	Équipe (2004)	Équipe (2006)
Professioni coinvolte	MMG, PLS, infermieri, Professioni sanitarie di distretto, Assistenti sociali, Terapisti	MMG	MMG, PLS, Infermieri, Specialisti ospedalieri, Terapisti	MMG, PLS, infermieri, Professioni sanitarie di distretto, Assistenti sociali, Terapisti	MMG, PLS
Sede unica	NO	NO	SI	SI	NO
Presenza infermieri	SI	NO	SI	SI	NO

Tabella 1a. Esperienze delle prime forme di associazionismo complesso a livello regionale.

Regioni	Umbria	Toscana	Veneto	Friuli V.G.	Abruzzo
Modelli e anno di attivazione	Équipe (2004)	UCP (2003)	UTAP (2006)	UTAP (2007)	NCP (2005)
Professioni coinvolte	MMG, PLS, MCA, Infermieri, Assistenti sociali, Specialisti del Territorio e Ospedalieri	MMG, infermieri, MCA + legame con il 118	MMG, PLS, MCA, Infermieri, Assistenti sociali, Specialisti del Territorio e Ospedalieri	MMG, PLS, Guardia medica, Specialisti ambulatoriali, altre professionalità del territorio	MMG, PLS, Guardia medica, Specialisti ambulatoriali, altre professionalità del territorio
Sede unica	NO	SI + altri ambulatori	SI + altri ambulatori	SI	NO
Presenza infermieri	SI	SI	SI	SI	SI

Tabella 1b. Esperienze delle prime forme di associazionismo complesso a livello regionale.

Fonte. Tabelle riadattate (Mazzeo et al., 2009, p. 519).

A partire dal 2009, si sta affacciando un'altra sfida molto interessante per la sanità, che sono le *case della salute*. In sostanza, si tratta di un modello assistenziale che cerca di far fronte alla frammentarietà dell'assistenza, al fine di favorire una maggiore qualità del servizio sanitario nazionale e regionale. L'istituzione delle case della salute ha come obiettivo la contiguità spaziale di operatori e servizi, la cui unità rappresenta un insieme di attività organizzate per fornire la miglior assistenza possibile, con un approccio multidisciplinare nei confronti della salute (Mazzeo et al., 2009, p. 520).

3. Percorsi formativi

Dagli anni '80 in poi, la formazione in Medicina Generale ha visto l'alternarsi di alcune *riforme* che hanno gradualmente modificato le modalità di conseguimento di un titolo formale, attraverso percorsi capaci di potenziare le competenze dei medici volti a operare

in quest'area. Per comprendere a fondo questi cambiamenti, partiremo dal quadro normativo europeo per poi focalizzarci su quello italiano, in quanto punto di vista invariante fra le Regioni e le Province Autonome. Successivamente, prenderemo in considerazione gli step necessari per la formazione infermieristica in MG, per poi occuparci dell'*Educazione Continua in Medicina* (ECM), un programma di aggiornamento teorico-pratico trasversale e obbligatorio per tutti i professionisti della salute.

3.1. Formazione Specifica in Medicina Generale

La necessità di una *Formazione Specifica in Medicina Generale* (FSMG) è nata in Europa nel 1986 in seno al Consiglio delle Comunità Europee, a seguito di un movimento collettivo che aveva espresso il bisogno di un percorso formativo esclusivo per i medici generici. In quell'anno, il Consiglio venne incontro a questa richiesta firmando un documento che aveva come obiettivo la regolamentazione di un processo di sviluppo della FSMG condiviso formalmente fra gli Stati Membri, senza dettagli specifici, rimandando le nuove proposte al completamento della riforma ad una fase successiva (Direttiva 1986/457/CEE). Con questo documento, in generale, il Consiglio richiedeva agli Stati Membri di provvedere a tutti quei bisogni formativi dei medici che non erano stati pienamente soddisfatti con il conseguimento della laurea: questo, inizialmente, doveva avvenire attraverso un *tirocinio teorico-pratico* che assicurasse loro un aumento della qualità della formazione, con un successivo riverbero anche sull'offerta dei servizi di cure primarie, in quanto ciò permetteva di rendere più selettivo l'accesso ai servizi specialistici e di garantire un minor impatto economico, a favore di un miglioramento del benessere cittadino (FIMMG, 2016). Con il passare degli anni non sono stati apportati radicali cambiamenti, ad eccezione della durata minima del corso di formazione che è aumentata da 2 a 3 anni (grazie a una modifica della Direttiva 1993/16/CEE da parte della Direttiva 2001/19/CEE). Le “nuove proposte al completamento della riforma”, invece, sono state affidate ai singoli Stati Membri in quanto frutto dello sviluppo culturale della Medicina Generale e dei suoi insegnamenti nei diversi Paesi della Comunità Europea (RIISG, 2016).

3.1.1. *Il contesto italiano*

Alla luce di questi presupposti, il quadro normativo italiano è stato ordinato nella Tabella 2, al fine di visualizzare i principali cambiamenti nazionali che hanno toccato la formazione specifica in Medicina Generale.

Nome della FSMG	<i>Tirocinio teorico-pratico per la formazione specifica in medicina generale</i>	<i>Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale</i>	<i>Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale</i>	<i>Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale</i>
Titolo conseguito	Attestato di compiuto tirocinio teorico-pratico per la formazione specifica in Medicina Generale	Attestato di formazione specifica in Medicina Generale	Diploma di formazione specifica in Medicina Generale	Diploma di formazione specifica in Medicina Generale
Normativa europea di riferimento	Direttiva 1986/457/CEE	Direttiva 1986/457/CEE	Direttiva 1993/16/CEE	Direttiva 1993/16/CEE modificata dalla Direttiva 2001/19/CEE
Normativa italiana di riferimento	L. 8 aprile 1988, n. 109	D.L. 8 agosto 1991, n.256	D.L. 17 agosto 1999, n. 368	D.L. 17 agosto 1999, n. 368 modificato dal D.L. 8 luglio 2003, n. 277
Organizzazione	Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO)	Regioni e Province Autonome	Regioni e Province Autonome	Regioni e Province Autonome
Durata	2 anni	2 anni	2 anni	3 anni
Tirocinio pratico	1.Medicina clinica e medicina di laboratorio: 780 ore - 6 mesi 2.Chirurgia generale: 390 ore - 3 mesi 3.Pediatria: 390 ore - 3 mesi 4.Medico di Medicina Generale: 780 ore - 6 mesi 5.Strutture di Base dell'unità sanitaria locale si territorio: 780 ore - 6 mesi.	1.Medicina clinica e medicina di laboratorio: 700 ore - 5 mesi 2.Chirurgia generale: 390 ore - 3 mesi 3.Pediatria: 390 ore - 3 mesi 4.Medico di Medicina Generale: 780 ore - 6 mesi (in caso di sufficiente disponibilità di Medici di Medicina Generale) 5.Strutture di Base dell'unità sanitaria locale sul territorio: 700 ore - 5 mesi 6.Ostetricia e Ginecologia: 160 ore - 2 mesi.	1.Medicina clinica e medicina di laboratorio: almeno 5 mesi 2.Chirurgia generale: almeno 2 mesi 3.Dipartimenti materno-infantili: almeno 2 mesi. 4.Medico di medicina generale convenzionato: almeno 6 mesi 5.Strutture di base dell'unità sanitaria locale sul territorio: almeno 4 mesi 6.Ostetricia e ginecologia: almeno 1 mese.	1.Medicina clinica e medicina di laboratorio: almeno 6 mesi 2.Chirurgia generale: almeno 3 mesi 3.Dipartimenti materno-infantili: almeno 4 mesi. 4.Medico di medicina generale convenzionato: almeno 12 mesi 5.Strutture di base dell'unità sanitaria locale sul territorio: almeno 6 mesi 6.Ostetricia e ginecologia: almeno 2 mesi. 7.Pronto soccorso ed emergenza urgenza ospedaliera: almeno 3 mesi.

Tabella 2. Quadro normativo italiano in materia di formazione specifica in medicina generale. Tabella adattata da RIISG (2016).

Attualmente, alla formazione specifica si accede per concorso regionale. Nello specifico, ogni regione invia il proprio bando sul Bollettino Ufficiale Regionale (BUR), ciascuno dei quali viene poi recepito dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana

(GURI) che provvederà alla pubblicazione formale di un bando ufficiale: solo allora sarà possibile per i futuri medici di MG inviare le proprie candidature, entro 30 giorni a partire dal giorno successivo alla data di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale. Al bando possono accedere tutti i cittadini che hanno completato il corso di studi in Medicina e Chirurgia e sono abilitati all'esercizio professionale (D.M. 15.12.1994, art. 36, comma 2), ma possono esercitare l'attività professionale in qualità di MMG anche i medici chirurghi che sono stati abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994 (D.M. 15.12.1994, art. 37, comma 1). Sul piano normativo le Direttive Europee sono state seguite attendibilmente dall'ordinamento italiano, definendo i dettagli *formali* dei corsi in MG come: le attività da svolgere, la loro durata, il monte orario complessivo del corso, la quota da assegnare alle attività teoriche e a quelle pratiche. Anche in questo caso le disposizioni nazionali non sono scese nei dettagli contenutistici, didattici e metodologici della formazione e dell'insegnamento in sé: questo è dovuto, in parte, ad una disgiunzione originaria che ha visto la Medicina Generale svincolarsi dal primato dell'Università, diversificandola così dalle altre discipline mediche (avvenuta in Italia con la Direttiva 1986/457/CEE) (RIISG, 2016). L'erogazione e la gestione della Formazione Specifica in MG è stata quindi affidata alle Regioni e alle Province Autonome, per cui ciascuna di esse ha istituito un proprio *Corso di Formazione Specifica in MG* (CFSMG): così, anche se le università sono sedi in cui poter svolgere il percorso di tirocinio, esse non detengono la preminenza formativa. Questo ha portato a una diversificazione delle proposte educative a livello nazionale (in altri Paesi europei, per esempio, la formazione specifica in MG spetta alle università). Benché le Regioni e le Province Autonome siano enti amministrativi che si occupano di rendere esecutive le disposizioni normative, a distanza di anni dalle Direttive Europee sembra tuttavia mancare un'indicazione condivisa fra i CFSMG regionali in merito ai contenuti *specifici* da affrontare nel triennio, le competenze e le attitudini professionali da acquisire, così come quelle formative e organizzative necessarie per raggiungere gli obiettivi formativi (RIISG, 2016). Perciò, se da un lato i corsi regionali sulla formazione specifica condividono i medesimi aspetti formali (come da normativa), il territorio nazionale è comunque caratterizzato da una forte *disomogeneità* nei risultati e nella qualità della formazione.

La grande libertà conferita agli Stati Membri si è pertanto tradotta in Italia in un'eterogeneità di corsi formativi che condividono lo stesso quadro normativo ma non quello culturale (RIISG, 2016). Inoltre, ogni Regione e Provincia Autonoma ha creato un corso in FSMG ma non tutte hanno istituito un centro regionale riconosciuto autorevolmente, con un'ulteriore differenziazione intra-regionale oltre che inter-

regionale (RIISG, 2016). La carenza di centri simili pare quindi rallentare l'incontro dialogico fra i diversi CFSMG, frenando l'individuazione di quelli che sono gli *elementi essenziali* della formazione in MG (RIISG, 2016). Nonostante questo incida nel dialogo con le altre professioni mediche e socio-sanitarie, pare che gli ultimi decreti legislativi che hanno modellato il sistema sanitario auspichino una maggiore valorizzazione della formazione e un'integrazione interprofessionale delle cure, dato che tali decreti puntano fortemente sulla sinergia fra le diverse figure sanitarie e socio-sanitarie.

3.1.2. *Il dibattito corrente*

Ci sono alcuni aspetti in via di modifica che riguardano fundamentalmente il mondo della *ricerca* e il trattamento degli *specializzandi* di MG (RIISG, 2016): per loro, ad esempio, non esiste un dottorato di ricerca o dei percorsi ad esso affini. Ciò nonostante, con il D.M. 17 dicembre 2004 è stata evidenziata la possibilità di pensare alla Medicina Generale come un campo valido in cui effettuare *trial clinici*, ovvero studi clinici biomedici, farmacologici o salute-correlati sull'uomo svolti al fine di verificare che una nuova terapia sia efficace, sicura e migliore di quella normalmente somministrata: questa possibilità è stata ipotizzata in quanto il medico di MG si occupa di ciascun paziente considerando gli aspetti socio-culturali, la comorbidità, la compresenza di terapie in atto e lo prende in carico nella sua globalità, dalla quale non può prescindere (FIMMG, 2016). Sul versante scientifico, questo si traduce nella validazione dell'efficacia di una terapia sulla base di una maggiore conoscenza delle variabili in gioco e, per fare ciò, sembra essere necessario che i medici creino una rete dove concordare aspetti e metodologie al fine di condividere le medesime condizioni, dato che i trial clinici afferiscono alla medicina basata sulle evidenze (*evidence-based medicine*, EBM) (FIMMG, 2016).

Il secondo aspetto degno di nota invece riconosce che i corsisti di formazione specialistica in Medicina Generale non sono stati sufficientemente valorizzati come gli altri specializzandi medici in formazione post-laurea specialistica, sia sul piano del *trattamento economico* che su quello delle *tutele* e dei *diritti* (RIISG, 2016). Negli ultimi tempi perciò, il Ministro della Salute ha avanzato la possibilità di un trattamento equo tra specializzandi, rimandando al prossimo Accordo Collettivo Nazionale eventuali decisioni specifiche (FIMMG, 2016).

3.2. Le competenze “core” del medico di MG

Anche se le direttive europee paiono non aver delineato un profilo professionale condiviso per il medico di MG (ipoteticamente perché ciascun Paese è costretto di fatto ad affrontare realtà territoriali diverse), ci è comunque possibile considerare le competenze di un profilo altamente validato a livello continentale, disegnato dal WONCA-Europe (l'organismo europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che si occupa di Medicina Generale). Nel 2002, in occasione del congresso londinese volto a mappare le necessità di salute della popolazione, sono state definite le competenze “core” da acquisire per i medici di Medicina Generale. L'accordo originariamente raggiunto ha poi subito due revisioni (una nel 2005 e l'altra nel 2011) e le competenze attualmente valorizzate sono:

- *Cura centrata sulla persona*: il medico pone l'attenzione sulla relazione medico-paziente ma si concentra soprattutto sul contesto e sul paziente, del quale ne promuove l'empowerment e al quale garantisce una continuità longitudinale delle cure;
- *Orientamento alla collettività*: il medico è responsabile per la salute della comunità (si veda per esempio la prevenzione di massa);
- *Competenze specifiche di problem solving*: l'attività di decision-making è incentrata specialmente sui fattori di incidenza e prevalenza, anche in stadi precoci indifferenziati della malattia;
- *Approccio comprensivo*: il medico promuove la salute e il benessere e si occupa di problemi di salute sia cronici che acuti;
- *Gestione delle Cure Primarie*: essa avviene attraverso il coordinamento delle cure ed è legata all'advocacy del medico, il quale è il primo contatto a libero accesso per tutti i problemi di salute;
- *Modello Olistico*: è uno sguardo medico volto alla connessione degli aspetti fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali dell'individuo.

Tali competenze, secondo l'organismo europeo, devono essere sostenute da task clinici, dalla comunicazione con i pazienti e dalla gestione *tout court* della pratica professionale: tre aspetti che traggono linfa dalle attitudini del medico, dalla scienza e i suoi progressi e dal contesto territoriale, sociale, economico, storico e culturale in cui egli si trova (WONCA-Europe, 2011).

3.3. La formazione infermieristica per la MG

La formazione di infermieri responsabili dell'assistenza generale avviene attraverso il normale conseguimento del titolo accademico e comprende tre anni di studio teorico e clinico. Similmente però, all'interno del dibattito europeo si è comunque evidenziata la necessità di implementarne le capacità e le competenze dopo la laurea (attraverso dei Master pensati *ad hoc*). Per questo motivo, per esempio, nel 1998 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha pensato a un percorso specifico per formare la figura degli *Infermieri di Famiglia e di Comunità* (IFeC), intesi come professionisti che giocano un ruolo di potenziamento della comunità lavorando congiuntamente con esse al fine di fortificarle (WHO, 2000). Questo progetto è stato integrato in una strategia più ampia chiamata "Health21: la salute per tutti nel XXI secolo", la quale individuava ventuno obiettivi da raggiungere sia a livello internazionale che europeo, al fine di migliorare lo stato quantitativo e qualitativo di salute dei cittadini degli Stati Membri, in quanto diritto umano fondamentale. All'interno di questa strategia (nata nel 1984, aggiornata nel 1991 e nel 1998), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) ha pensato di istituire un corso per infermieri di famiglia dalla durata di 40 settimane: al corso accede chi ha già conseguito una laurea triennale in Scienze Infermieristiche ed è regolarmente iscritto all'albo professionale del collegio provinciale I.P.A.S.V.I. (*Infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici di infanzia*) di appartenenza. Nel progetto è stato altresì stabilito che la sede per acquisire le conoscenze teoriche è l'università o strutture affini per l'istruzione superiore, mentre la sede per la pratica è il domicilio delle famiglie o altri ambiti non istituzionali della comunità.

L'OMS ha inoltre pianificato un curriculum ben strutturato e suddiviso i moduli didattici da affrontare durante il periodo formativo (WHO, 2000), mentre la scelta delle modalità di erogazione della *formazione a distanza* (F.A.D.) è delegata a ciascuno Stato Membro. Entrambi i profili infermieristici partecipano a un concorso pubblico per l'assunzione di infermieri generalisti e, una volta entrati nel sistema sanitario, possono lavorare come infermieri in MG (tenendo ben presente la differenza fra le due figure professionali, le cui competenze variano in base al percorso formativo).

3.4. Educazione Continua in Medicina

L'*educazione continua in medicina* (E.C.M.) è un'esperienza obbligatoria per tutti i professionisti della salute (dipendenti, convenzionati e liberi professionisti), mediante la

quale ciascuno ha il compito di aggiornarsi rispetto alle nuove esigenze del Sistema Sanitario Nazionale, alle necessità emergenti dei pazienti e alle nuove sfide che la propria professione comporta. Come abbiamo visto nel paragrafo 1.2. *Le riforme del Sistema Sanitario Nazionale*, il DL n.502/1992 e il successivo DL n.229/1999 avevano apportato forti modifiche nell'assetto del SSN italiano, ma le loro azioni riformistiche non si sono limitate a questo: essi infatti sono diventati la base dell'istituzione dell'ECM (avvenuta nel 2002) dichiarando così l'obbligo di formazione continua per i professionisti della sanità. In contemporanea, tutti gli ACN e i PSN hanno incluso fra gli obiettivi nazionali il tema dell'ECM, individuando gradualmente le questioni da affrontare per far fronte alle emergenze sanitarie: in particolare, il *Piano Sanitario Nazionale 2003/2005* ne ha introdotto il requisito di obbligatorietà. Per comprendere l'organizzazione e la gestione del programma di ECM è necessario osservare in che modo si sono differenziati i compiti di tutti i soggetti coinvolti, al fine di facilitarne lo sviluppo:

- *Ministero della Salute*: si occupa di stilare i Piani Sanitari Nazionali, i Patti per la Salute e prende parte agli Accordi Collettivi Nazionali;
- *Commissione Nazionale per la Formazione Continua*: definisce gli obiettivi educativi, i criteri di valutazione degli eventi formativi, fissa i requisiti per l'accreditamento degli enti pubblici e privati che svolgono attività di E.C.M. (chiamati *provider*), identifica il numero di crediti formativi da conseguire annualmente in un programma triennale, elabora le linee-guida per attivare i programmi a livello regionale e locale;

I *crediti formativi* consistono in una misura dell'impegno e del tempo che ogni professionista della sanità dedica annualmente all'aggiornamento e miglioramento qualitativo della propria formazione e attività professionale. Per il triennio 2014-2016 il totale dei crediti da maturare ammonta a 150, rispettivamente circa 50 crediti annui (da un minimo di 25 a un massimo di 75) (LaborForm, 2016).

- *Age.Na.S.*: con l'entrata in vigore della Legge n.244/2007, si occupa della gestione *amministrativa* del programma di ECM e il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (dapprima competenze del Ministero);
- *Ordini e collegi professionali*: si occupano di fornire le informazioni, supportare le iniziative formative e garantirne la qualità ai propri associati;

- *Regioni e Province autonome*: promuovono l'ECM a livello territoriale, pianificando e realizzando le iniziative per poi stilare un report annuale su quanto è stato svolto;
- *Società scientifiche, associazioni e organismi professionali*: verificano la sussistenza dei requisiti di chi eroga il servizio e gestiscono e certificano i crediti formativi acquisiti da ciascun professionista, valutando l'esito delle attività formative;
- *Professionisti sanitari*: a loro è rivolta la formazione come dovere professionale, ma sono esenti dall'obbligatorietà le donne in gravidanza, chi adempie al servizio militare e chi partecipa già a corsi di specializzazione, dottorati di ricerca e master.

Il percorso si stabilisce sulla responsabilità delle organizzazioni coinvolte, le quali scelgono i contenuti del programma in base alle esigenze generali, stilando una pianificazione annuale sui metodi di formazione, monitorando la valutazione e il finanziamento delle iniziative. La sede in cui svolgere il programma non è univoca, può essere un posto di lavoro (come nel caso delle aziende) oppure collocarsi fuori sede (in altre istituzioni), può prevedere un soggiorno residenziale ed essere erogata a distanza (FAD) (VanNieuwenborg et al., 2016). Le tipologie di servizi formativi offerti sono corsi di formazione, incontri, seminari, workshop, congressi e conferenze, sia dal vivo che in e-learning (Ho et al., 2008).

L'aspetto educativo principale di questo percorso è insito specialmente in quel processo individuale intenzionale che viene definito *lifelong learning* (o apprendimento permanente), un processo in cui l'adulto è chiamato a partecipare attivamente alla sua formazione nel corso della vita, attraverso il confronto e la riflessione sulla sua esperienza (Zarifis & Gravani, 2014), acquisendo nuovi contenuti e capacità riflessive e meta-riflessive (poste cioè a un livello logico gerarchicamente sovraordinato a quello riflessivo, attraverso le quali si "apprende ad apprendere" quali modelli e strutture di pensiero consentono all'adulto di imparare in un determinato modo piuttosto che in un altro). Uno dei principali meccanismi che sostengono questo processo è la "motivazione ad apprendere", ovvero l'adulto vive un'esperienza in cui non è forzato a seguire un percorso rigido bensì è incentivato a scegliere autonomamente spinto dal suo interesse, dalla sua curiosità, dalla voglia di crescita personale o di riprogettazione professionale. Il coinvolgimento attivo lo invita a riconoscere e legittimare i *propri* bisogni formativi, definendo di volta in volta il suo percorso educativo per poter accrescere il proprio

sapere (Knowles et al., 2015). Proprio perché ciascun professionista ha i suoi bisogni formativi specifici, il lifelong learning mira ad assicurare un *clima* favorevole all'apprendimento che comunichi la valorizzazione degli esseri umani e lo sviluppo delle competenze, creando un procedimento di progettazione comune (ibidem) tra l'adulto in formazione e l'ente formativo, anziché definirne i bisogni a priori. Essendo un presupposto dell'ECM, l'apprendimento permanente è quindi alimentato da un rapporto costante fra riflessione e azione, dove l'esplorazione e la rilettura dell'esperienza biografica diventano quei presupposti attraverso cui l'adulto in formazione acquisisce una nuova "riflessività" rispetto alla *continuità* del suo apprendimento. Naturalmente, questi aspetti influiscono sulla costruzione dell'*identità professionale* articolata fra significati individuali e collettivi, che a sua volta influisce e direziona le pratiche di lavoro e l'esperienza di vita in generale (Salling Olesen, 2007). Pertanto, sia che svolgano il proprio esercizio singolarmente o in gruppo, il medico e l'infermiere di MG apprendono e sostengono il proprio sapere nella pratica quotidiana (VanNieuwenborg et al., 2016), mentre l'ECM permette loro di far emergere l'expertise acquisita in modo *informale*, rendendoli attori consapevoli che le loro scelte hanno un impatto (Jögi, 2014) anche sull'esperienza di cura.

4. Italia e Gran Bretagna: due modelli sanitari a confronto

Per inquadrare la Medicina Generale italiana all'interno dell'Europa geografica, proveremo a confrontarla brevemente con il modello britannico, essendo uno dei più studiati e conosciuti in letteratura. Un primo confronto si riferisce all'*amministrazione* del lavoro del medico: mentre in Italia il curante è convenzionato con il SSN, nel 1989 in *National Health Service* della Gran Bretagna⁶ è stato riformato (HM Government, 1989) per migliorare l'uso di risorse e la loro efficienza, in un'ottica di universalità della copertura e di accesso alle cure sanitarie (che non dipendono dal reddito individuale). Questa riforma ha cercato di puntare su un meccanismo competitivo in cui si distinguono:

⁶ Il *National Health Service* (NHS) è il sistema sanitario in vigore in Gran Bretagna. Quest'ultima è composta da quattro parti (Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord): pur avendo una linea guida per i quattro componenti, ciascuno di essi mantiene dei profili diversi sul piano operativo, manageriale e finanziario.

- Acquirenti (*purchaser*), che sono coloro che acquistano per conto dei propri pazienti le prestazioni mediche (come le ASL⁷ e le associazioni dei medici di base);
- Fornitori (*provider*): unità che forniscono prestazioni sanitarie specialistiche e assistenza ospedaliera.

Alcuni medici di MG sono assegnatari di finanziamento (*general practitioners fundholders*) del NHSE regionale per l'acquisto di alcuni servizi sanitari: tali servizi possono essere forniti da ospedali locali o non, e da organizzazioni private. Per i *non-fundholding GPs*, invece, i servizi sono forniti dalle Health Authorities. In linea di massima, è possibile fare una distinzione tra le caratteristiche principali che riguardano questa ricerca, come evidenzia la Griglia 3. A partire dagli anni '90, i servizi di assistenza comunitari e le ambulanze hanno assunto una propria indipendenza gestionale e hanno un consiglio di amministrazione per sé (NHS trust), pertanto, non dipendono dalle Health Authorities ma direttamente dall'NHS. Coloro che lavorano presso i trust hanno dei contratti di lavoro negoziati a livello nazionale dalla British Medical Association (B.M.A.), anche se i trust non hanno l'obbligo di adesione a tali contratti (Lavoro Salute, 2016). Sono stati istituiti anche i *Clinical Commissioning Group* (C.C.G.), consorzi di Medici di Famiglia nati per sostituire i vecchi *primary care groups* garantendo benefici simili a quelli della medicina di gruppo italiana (riduzione della burocrazia dal livello centrale per maggior gestione a livello locale, e maggior coinvolgimento dei curanti) (Health and Social Care Act, 2012). Il finanziamento di questi CCG non viene definito per area geografica ma è stabilito sulla base del numero di iscritti alle *practice*, che varia tra i 100.000 e i 750.000.

4.1. La formazione per i General Practitioners

Il secondo confronto riguarda invece la *formazione* di medici e infermieri. Sebbene entrambi i Paesi seguano le procedure europee per la FSMG, tuttavia si differenziano su alcuni aspetti cardine, come gli anni necessari per conseguire il titolo e gli enti che erogano i corsi. Per diventare General Practitioner, è possibile conseguire la laurea in Medicina, lavorare per un anno sotto supervisione in un posto qualificato e ottenere l'abilitazione professionale (*registration*): nel periodo di supervisione, l'anno è diviso in

⁷ L'equivalente inglese è *Health Authorities*.

due semestri (dedicati all'addestramento ospedaliero in medicina e chirurgia generale) oppure in tre quadrimestri (che include anche un periodo di pratica generica).

L'organismo che si occupa di gestire obiettivi, controlli e organizzazione di questo periodo di pre-abilitazione (*Pre-registration House Officer*, o PRHO) è il General Medical Council (GMC). Successivamente, vi è la possibilità di lavorare nel NHS con rapporto di medico generico (GP), ma sono possibili anche altre tipologie di carriera (accademica, medicina del lavoro, medicina delle comunità, igiene ecc.). La collaborazione fra università e NHS è molto forte in Gran Bretagna (Lavoro Salute, 2016). Prima di accedere alla formazione specialistica come GP, il medico dovrà ottenere la registration presso il GMC. Il tirocinio post laurea ha una durata minima di tre anni ed è obbligatorio: può essere erogato dalle università che collaborano con i consiglieri regionali per la pratica generica (*regional advisers in general practice*) o dai medici stessi, che possono organizzare il proprio tirocinio purché i posti siano sempre approvati come idonei per l'addestramento della pratica generica. Il programma di tirocinio prevede due anni in ospedale con la qualifica di Senior House Officer (SHO), e un anno nell'ambulatorio di un GP come "GP registrar", che dev'essere abilitato alla supervisione (Lavoro Salute, 2016). Tra Italia e Gran Bretagna esistono alcune analogie (RIISG, 2013) riguardo l'ECM⁸ (v. Tabella 3) ma occorre tener presente che ciascuna differenziazione è funzionale alle policy e agli obiettivi dei sistemi politici, economici, sanitari e socioculturali entro cui la MG di questi Paesi si colloca.

5. Il sistema statunitense

Merita un discorso a parte la realtà degli Stati Uniti, nella quale le differenze con il contesto europeo sono molto diverse. Anzitutto, la differenza fra "general practice" e "family medicine", sinonimi solo fino al 1970, quando entrambi indicavano colui che aveva finito il corso di studi facendo un anno di tirocinio (*internship*) e che aveva iniziato a lavorare come medico di medicina generale. In quell'anno infatti, la medicina di famiglia diventò una specializzazione. Oggi richiede un training post-laurea obbligatorio specifico o residenziale. Successivamente, lo specializzando deve sottoporsi a un test scritto, orale e simulato (chiamato *board certification*) per attestare le proprie competenze, come richiesto da molti ospedali e piani della salute. Per accedere a questo processo, è necessario che egli abbia raggiunto 300 ore di *medical education* entro i sei

⁸ Altrimenti chiamata Continuing Medical Education (C.M.E.).

anni di formazione, ore che possono essere raggiunte anche nei training residenziali. Attualmente quindi il general practitioner è colui che non ha concluso questo percorso specialistico mentre, una volta completato il percorso di medicina, ogni medico deve completare da 3 a 4 anni di training residenziale in Medicina di Famiglia. Dal punto di vista formativo anche in questo caso è previsto il percorso di ECM e, come in Italia, non è previsto un corso di dottorato in Medicina di Famiglia. I curanti possono lavorare singolarmente, in gruppi da tre o più curanti, in gruppi con curanti diversi (*multispeciality group practice*), in strutture con altri professionisti (Accountable Care Organization, A.C.O.) o come impiegati dell'ospedale (RIISG, 2013; AAFP, 2017).

Sull'assistenza pubblica esistono due programmi: *Medicare* e *Medicaid*. Il primo è un programma nazionale rivolto alle persone ultrasessantacinquenni e pazienti dializzati indipendentemente dal reddito, mentre il secondo è gestito a livello di ciascuno Stato, ed è rivolto ad alcune fasce della popolazione a basso reddito. Tuttavia, in quest'ultimo periodo, la sanità statunitense sta subendo ulteriori cambiamenti. Dal punto di vista privato, che va per la maggiore, ciascun individuo necessita di una polizza assicurativa che (a seconda della scelta) copre una serie di situazioni entro un certo massimale. Il pronto soccorso resta un diritto, gratuito in casi gravi.

Professione			
Contesto	Europeo		Statunitense
Stato	Italia	Gran Bretagna	Tutti gli Stati in generale
Abilitazione	Esame di Stato dopo la laurea in Medicina e Chirurgia / Scienze infermieristiche	Dopo la laurea, previo lavoro sotto la supervisione di un ente qualificato (almeno un anno)	Dopo la laurea e il residenziale in Family Medicine della durata di 3-4 anni
Retribuzione	Convenzione con il SSN	Purchaser: fundholding GPs / non-fundholding GPs	Privata / pubblica
Associazionismo semplice	SI	SI	SI
Associazionismo complesso	SI	SI	SI
Scelto dal paziente	SI	SI	SI
Formazione			
Formazione specifica	SI	SI	SI
Durata	3 anni	5 anni	3 anni
Ente formativo	Gestito a livello regionale	Università	Università
Dottorato in MG	NO	SI	NO
ECM	SI	SI	SI
Crediti annuali	50	50	Variano da Stato a Stato

Tabella 3. Analogie e differenze fra i tre contesti di riferimento.

III. Revisione della letteratura

1. Metodologia di ricerca

La revisione della letteratura è stata condotta da febbraio ad aprile del 2016 sul motore di ricerca PubMed, avendo in mente la seguente domanda: «quali tematiche della medicina generale sono affrontate con le metafore linguistiche?». La medicina generale è un'area che coinvolge sia medici che infermieri, ed essendoci diversi sinonimi per nominarli (sia in inglese che in italiano) la ricerca è stata suddivisa in tre fasi:

1. Ricerca per la medicina generale;
2. Ricerca per la professione infermieristica;
3. Triangolazione delle fonti.

Sebbene siano stati rilevati circa 200 articoli trattanti questo argomento, sono stati scelti 43 risultati, suddivisi fra ricerche *core* e *pertinenti*. Dopo molteplici letture, i full-text sono stati ordinati in mappe che li suddividevano per: tipologia di documento, anno, unità di analisi, metodi, strumenti e categorie di metafore. L'analisi tematica ha poi individuato quattro aree di maggiore interesse sull'uso di queste espressioni in MG.

1.1. Strategia di ricerca per la Medicina Generale

La prima fase prevedeva la triangolazione di diverse stringhe in PubMed, le quali contenevano delle parole chiave con cui il motore di ricerca avrebbe rintracciato le fonti. La logica di queste stringhe è riassumibile con la Figura 1.

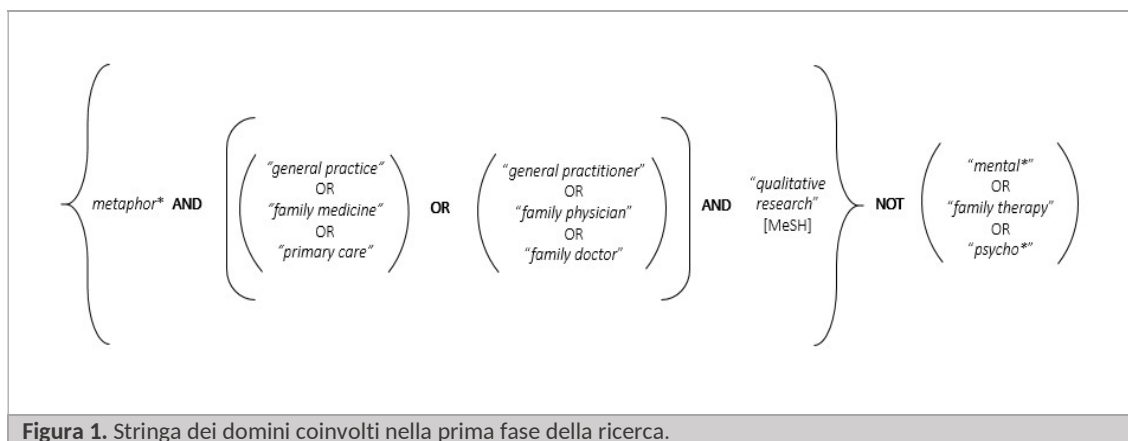


Figura 1. Stringa dei domini coinvolti nella prima fase della ricerca.

La differenza dei termini inglesi “general practitioner” e “family physician” assume connotazioni molto diverse per i medici di medicina generale, a seconda che la ricerca sia stata condotta in Inghilterra o negli Stati Uniti: tale variazione è stata spiegata meglio nel Capitolo I, in una sezione dedicata ai sistemi sanitari UK ed USA. Per spiegare la stringa in termini più semplici, potremmo dire che esistono tre domini di ricerca, combinati usando il comando AND nella logica Booleana:

1. Ricerca nel database i riferimenti che hanno nel titolo o nell'abstract:
 - a. Il termine *metaphor** (include: metaphors, metaphoric, metaphorically, ecc.)
 - b. Dev'essere un articolo di ricerca o un libro, sull'uso di metafore in medicina
 - c. Può includere position paper
2. AND (e) cerca fra questi le fonti che nel titolo o nell'abstract indicano che:
 - a. È coinvolto un settore delle cure primarie, specialmente:
 - *General practice* (Medicina Generale)
 - *Family medicine* (Medicina di Famiglia)
 - *Primary care* (Cure primarie)
 - b. OR (o) un professionista della cura, come:
 - *general practitioner* (medico di Medicina Generale)
 - *family physician* (medico di famiglia)
 - *family doctor* (medico di fiducia)
3. AND (e) cerca fra queglii studi che sono inseriti nel Medical Subject Heading (MeSH) della:
 - a. *Qualitative research* (ricerca qualitativa)
 - Può includere i metodi misti e quantitativi, se milestone

Provando combinazioni diverse, le fonti variavano dai 276 ai 57 risultati. Per rendere più selettiva la ricerca, sono stati scelti alcuni “criteri di esclusione”. Ciò significa che PubMed ha scartato le fonti con le seguenti caratteristiche:

4. In questa combinazione, la ricerca non (NOT) include risultati che hanno le seguenti parole nel titolo o nell'abstract:
 - a. *mental** (include: mental illness, mental health, ecc.)
 - b. *family therapy*
 - c. *psycho** (include: psychology, psychotherapy, psychoanalysis ecc.)

Tale esclusione è stata pensata perché nel campo delle scienze psicologiche il fenomeno delle metafore è ampiamente studiato, come si è visto nel Capitolo I. Nel corso dei mesi, le stringhe sono state ricombinate più volte, per rintracciare le fonti significative con il *criterio di ricorsività*: per rendere stabile questo criterio è stata seguita la tecnica dello *snowballing*. Vista la ridondanza di alcune fonti, individuate perfino in

altri motori di ricerca con le stesse parole chiave (Google Scholar, ERIC, CINAHL ecc.), anche il *criterio di saturazione* è stato soddisfatto.

1.2. Strategia di ricerca per il settore infermieristico

La seconda fase della ricerca segue la stessa strategia della precedente, come dimostra la Figura 2:

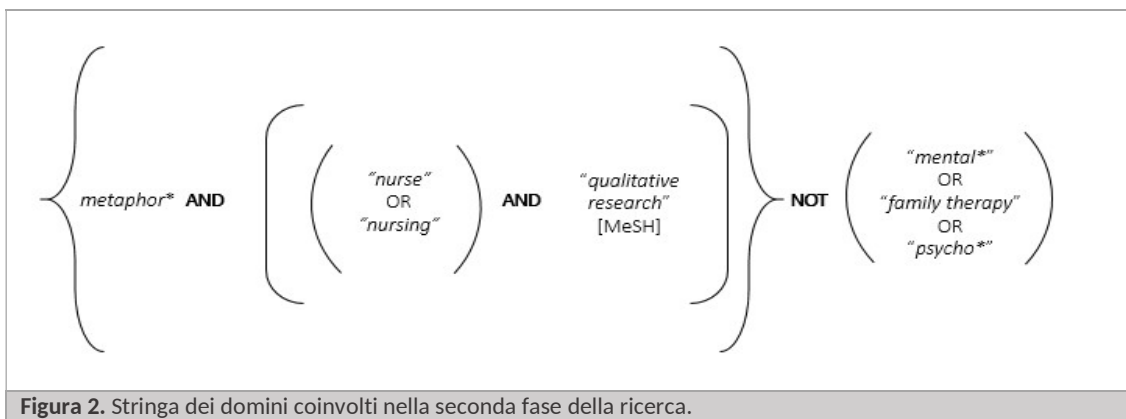


Figura 2. Stringa dei domini coinvolti nella seconda fase della ricerca.

Questa volta le fonti variavano tra i 35 e i 22 risultati, ma la strategia di ricerca può essere ugualmente descritta come segue. Ci sono tre domini combinati con la logica Booleana "AND":

1. Ricerca nel database i riferimenti che hanno nel titolo o nell'abstract:
 - a. Il termine *metaphor** (include: metaphors, metaphoric, metaphorically, ecc.)
 - b. Dev'essere un articolo di ricerca o un libro, sull'uso di metafore in medicina
 - c. Può includere position paper
2. AND (e) cerca fra questi le fonti che nel titolo o nell'abstract indicano che:
 - a. È coinvolto il settore infermieristico (*nursing*);
 - b. OR (o) un professionista infermiere, di qualsiasi contesto
3. AND (e) cerca fra quegli studi che sono inseriti nel MeSH della:
 - a. *Qualitative research* (ricerca qualitativa)
 - Può includere i metodi misti e quantitativi, se milestone

Anche in questo caso, sono stati selezionati dei criteri di esclusione per i motivi precedenti:

4. In questa combinazione, la ricerca non (NOT) include risultati che hanno le seguenti parole nel titolo o nell'abstract:
 - a. *mental** (include: mental illness, mental health, ecc.)
 - b. *family therapy*
 - c. *psycho** (include: psychology, psychotherapy, psychoanalysis ecc.)

Le combinazioni delle stringhe sono state provate più volte per soddisfare il criterio di ricorsività, seguendo la tecnica dello snowballing. Data la ridondanza di alcune fonti, i dati sono stati rilevati nello stesso modo della prima fase, verificando che il criterio di saturazione venisse soddisfatto.

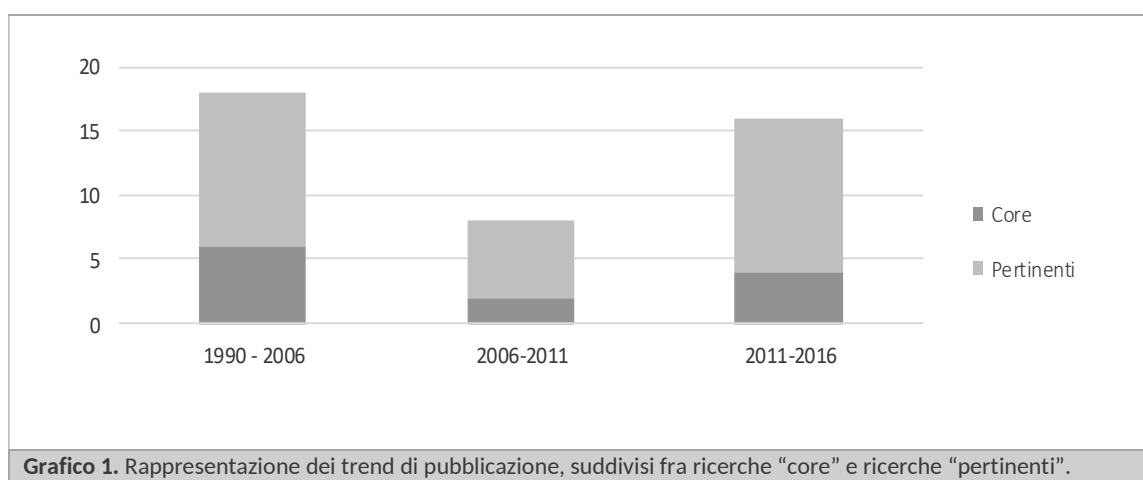
1.3. Triangolazione dei dati

Una volta mossi i primi passi, i risultati di entrambe le ricerche sono stati triangolati, con una percentuale del 64% di fonti in comune. Sono stati scelti 43 studi in totale, applicando i seguenti criteri di inclusione ed esclusione (Tabella 4):

Lingua	Inglese		
Fonti	Articoli di ricerca, libri classici, revisioni della letteratura	Includi	<i>Position paper</i>
		Limita	<i>Riviste con IF</i>
Periodo	25 anni accademici (1990-1991 / 2015-2016)		
Nazione	Tutte		
Campo	Medicina di famiglia, medicina generale, cure primarie, infermieristica di distretto	Includi	<i>Cure palliative</i>
		Limita	<i>Solo se milestone</i>

Tabella 4. Filtri di ricerca nel motore di ricerca PubMed e limiti applicati nella rilettura della terza fase.

La scelta dell'inglese vuole prestar fede allo sforzo di scrittura e traduzione nella lingua internazionale, che rende gli articoli maggiormente fruibili dalla comunità scientifica. Il 39,53% di queste fonti è stato pubblicato negli ultimi cinque anni, il 58,13% nell'ultima decade. Il trend di pubblicazione è rappresentato nel Grafico 1.



Le fonti "pertinenti" sono quelle in cui le metafore sono fortemente studiate in contesti sanitari vicini (es. milestone sulle cure palliative): questa etichetta include anche quegli studi che non hanno come obiettivo principale l'analisi delle metafore, ma che le

fanno rientrare fra i risultati principali di ricerca. Dodici articoli appartengono strettamente alla categoria “core”, dimostrando che questo argomento è tuttora originale e inesplorato nella medicina generale.⁹

2. Caratteristiche dei dati

Gli studi raccolti si suddividono in: *testo* (1), *review della letteratura* (3), *position paper* (9) e *articoli di ricerca* (30), dei quali alcuni seguono un approccio qualitativo (25), altri quantitativo (3) o misto (2). È possibile avere un quadro dettagliato sulle loro caratteristiche (Tabella 5):

Approcci	Metodi	Strumenti	Analisi
Qualitativo	Narrativo (9) Case study (5) Fenomenologia (4) Grounded Theory (4) Etnografia (3)	Interviste (15) <i>di cui semi-strutturate</i> (7) Osservazioni (7) <i>di cui riprese</i> (3) Focus group (3) Studi di caso (2) Survey (1)	Tematiche (14) Delle metafore (8) Comparative (2) Contestualizzazione semantica (1)
Quantitativo	Osservativo (2) Cross-sezionale (1)	Questionario (2) <i>di cui online</i> (1) Audio-registrazione (1)	Dati con software (2) Contenuti (1) Concordanza linguistica (1)
Misto	\	Scrittura (<i>completare frasi</i>) (1) Osservazione registrata (1)	Software (2) Statistica descrittiva (1)

Tabella 5. Disegni di ricerca nella letteratura bibliografica.

Come vengono impiegate le metafore in letteratura? In linea generale queste espressioni sono usate dai ricercatori per:

- Sintetizzare i dati di ricerca (McAllister et al., 2014);
- Sviluppare temi epistemologici (Checkland et al., 2007);
- Attivare nuova informazione su processi familiari (Kaya et al., 2013);
- Suggestire interventi appropriati (Rodriguez & Bélanger, 2014);
- Evocare emozioni, attivare riflessione (Norton et al., 1990).

Il modo principale con cui vengono studiate consiste nel ricercarle *nel linguaggio* dei partecipanti intendendole come veri e propri strumenti comunicativi, capaci di dare informazioni sui narratori e sul loro modo di vedere il mondo. Più raramente, si cerca di

⁹ La revisione della letteratura è stata verificata nuovamente a luglio 2017, includendo quest'ultimo anno per eventuali ricerche pubblicate. Non sono stati riscontrati aggiornamenti.

approfondire quali *teorie* hanno gli individui circa l'uso delle stesse. La maggior parte delle ricerche si concentra sullo studio della metafora processuale (35%) e di quella concettuale (25%). Le categorie sono studiate anche in combinazione (processuale e concettuale 20%, processuale e letterale 13%), mentre la metafora letterale (5%) difficilmente viene studiata singolarmente. Soltanto due studi le considerano tutte e tre insieme (revisioni della letteratura escluse). La stima grafica è basata sul background teorico di ciascuna fonte e sui riferimenti bibliografici.

Sull'analisi delle metafore è necessario fare alcune piccole considerazioni: in prima istanza, bisogna saper riconoscere quali categorie di metafore si incontrano. Generalmente, la metafora processuale è la più utilizzata quando si vogliono sviluppare temi o per riassumere i dati (specialmente nella Grounded Theory), ma se durante l'analisi vi è la dominanza di una metafora specifica, usare quella metafora per riassumere i dati potrebbe essere fuorviante. Per esempio, concludere che per i pazienti oncologici “la malattia è una guerra” può informare parzialmente la comunità scientifica sul modo in cui i pazienti vivono quest'esperienza: cosa intende ciascun paziente con “guerra”? Una guerra mondiale, civile, fredda, nucleare? Quali tipi di armi sente di avere a disposizione? E poi, chi c'è accanto a lui in questa guerra?

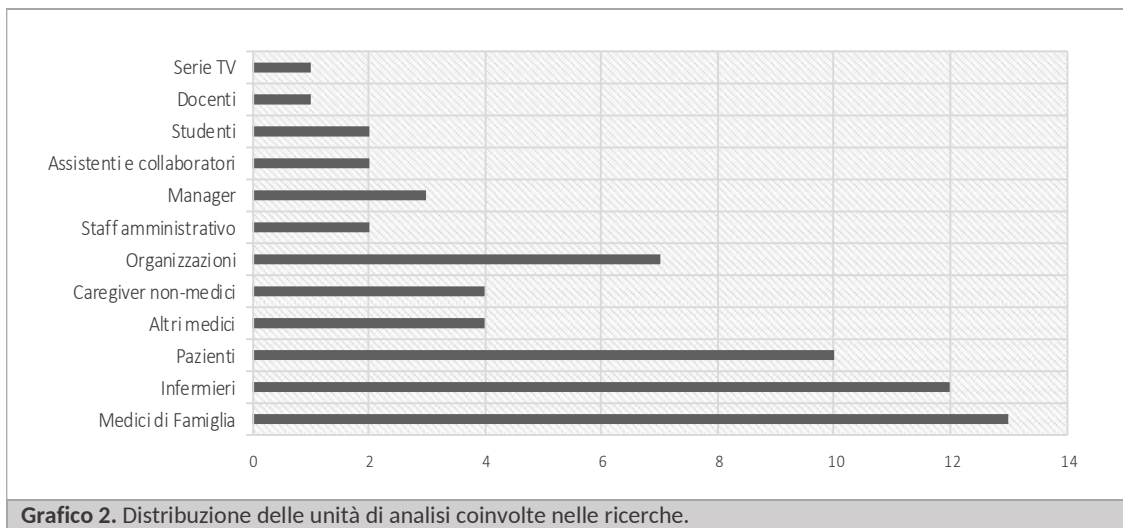
Proviamo ad avanzare delle interpretazioni. Una guerra mondiale potrebbe significare, ad esempio, che nella vita del paziente tutto è caotico, conflittuale, non si intravede una speranza: un professionista della cura, potrebbe quindi comprendere che il paziente necessita di un supporto di tipo sociale, ma anche psicologico oltre che sanitario, attivando un'appropriata rete di servizi che possa prendersi cura di quel paziente. Una guerra civile potrebbe significare che il paziente percepisce un conflitto interiore fra diverse parti di sé, tra la sua identità da persona sana e la sua identità da persona ammalata, pertanto il curante potrebbe proporre un affiancamento psicologico.

Una guerra fredda, invece, potrebbe significare che il paziente percepisce un “potenziale” conflitto imminente, per il quale egli attiva diverse strategie e soluzioni preventive in vista di questa potenzialità, qualora dovesse verificarsi: ciò potrebbe portare ad un dispendio di risorse, economiche, psichiche, ed altre, in virtù di una paura iperbolica che spinge il paziente a provare tutte le soluzioni possibili (fra cui quelle della medicina non convenzionale, oppure affidarsi a cure “miracolose” di dubbia efficacia): tenendo conto che questo sia solo un esercizio di immaginazione attraverso una metafora, sembra interessante comprendere che l'attraversamento di una metafora come questa potrebbe portare il curante a fare un'analisi dei bisogni del paziente più accurata.

Le immagini impresse nelle storie dei partecipanti sono quindi un ponte per avvicinarsi al *senso* del loro vissuto per cui, forse, non esiste una categoria più adatta di un'altra quando si tratta di storie, ma la scelta di una categoria determina il fenomeno che si intende indagare, e di conseguenza la metodologia. Probabilmente la più impegnativa da ricercare è la metafora concettuale, per la quale i ricercatori scelgono principalmente due modelli di analisi:

- Lakoff & Johnson (1980): classifica diverse tipologie di immagini che sono di *orientamento* (su-giù, dentro-fuori, davanti-dietro) e di *entità* e *sostanza* (riferirsi, quantificare, identificare aspetti e cause, stabilire obiettivi, motivare azioni). Le categorie rinvenute si suddividono poi in subordinate e sovraordinate e questo tipo di analisi è orientata a capire la postura simbolica che il narratore assume rispetto a un fenomeno;
- Kochis & Gillespie (2006): il testo inizialmente viene letto e riletto per avere un'idea generale e olistica. Le metafore sono poi identificate e suddivise per trovare pattern - chiamati *entailments* - i quali suggeriscono un ventaglio di idee e un range di azioni e possibilità. Gli entailments vengono raggruppati per analogia e differenza e spostandosi dall'ovvietà superficiale di ogni metafora si entra in un'analisi più profonda della dimensione concettuale di questi espedienti linguistici.

Diversi autori concordano su una difficoltà diffusa della ricerca con le metafore, poiché non esiste una metodologia di analisi propriamente condivisa. Pertanto, potrebbero esistere ulteriori vie non presenti fra quelle riportate. Fra le popolazioni coinvolte nelle ricerche, vi sono le seguenti unità di analisi: gruppi e organizzazioni sanitarie, medici, medici di medicina generale, infermieri, pazienti. Altre figure coinvolte sono: caregiver non-medici, manager, staff amministrativo, assistenti. Sul versante educativo ritroviamo studenti, docenti, collaboratori. Soltanto uno studio si è concentrato sulle metafore linguistiche nelle serie televisive che coinvolgono medici, infermieri e pazienti. Il Grafico 2 rappresenta questa distribuzione:



3. Analisi tematica

I contributi selezionati affrontano quattro aree in cui le metafore sono usate nella professione medica e infermieristica di MG, le quali sono riassumibili in:

1. Descrizione di esperienze di malattia, sintomi, terapie;
2. Sviluppo e miglioramento delle competenze e delle pratiche professionali;
3. Rielaborazione e miglioramento degli aspetti organizzativi;
4. Creazione di prospettive educative e percorsi formativi.

Da tali aree nascono le quattro tematiche che tratteremo. Ciascuna sarà divisa in due parti: la prima dedicata ai milestone della letteratura, mentre la seconda si concentra sulla medicina generale. Dato che l'analisi tematica è soggetta all'interpretazione di chi analizza, ciò potrebbe costituire un limite, per cui i temi potrebbero variare.

3.1. Descrivere esperienze di malattia, sintomi, terapie

Il primo gruppo di studi presenti in letteratura si rivolge alla descrizione e alla rappresentazione di alcune esperienze spaesanti nel mondo della cura: malattie, terapie, percezione del proprio corpo, morte. I narratori sono spesso pazienti, curanti, caregiver che usano le metafore per spiegare e dare senso ai loro vissuti, ri-definirli e comprenderli sotto una nuova luce.

Uno dei primi capolavori della letteratura a cui si ispirano moltissime ricerche è il testo di Susan Sontag (1990), una dottoressa che fu anche paziente oncologica, che ha condotto una riflessione puntuale sull'importanza delle metafore nella descrizione di

alcune patologie come il cancro, l'AIDS, la sifilide e di alcuni trattamenti terapeutici come chemioterapia. Con il suo contributo, ella divenne una pioniera in questo settore, ragionando sia sulla necessità che sulla pericolosità che le metafore hanno nella consultazione medica. Sebbene l'autrice riconoscesse che gli esseri umani pensassero per metafore, ella augurava tuttavia ai curanti di non fare un uso smodato di queste ultime, in quanto un'eccessiva immaginazione avrebbe potuto confondere i pazienti, specialmente in situazioni delicate come quelle oncologiche, in cui è preferibile usare termini più "concreti".

Spesso la malattia è paragonata a situazioni belliche: è un «attacco» al corpo, che deve «essere difeso dal nemico», come si deduceva già allora in molte campagne di sensibilizzazione sanitaria che inducevano a «sconfiggere» le malattie (ivi, p. 99). In quanto paziente, nel 1989 Sontag era convinta che questo genere di metafore potesse distorcere l'esperienza di un paziente che si apprestava a guarire dal tumore: la sua rappresentazione della malattia non voleva nutrire quell'immaginario etno-meccanico, ossia causa-effetto, che la dipingeva come «una maledizione» o «una punizione» meritata in qualche modo (ivi, p. 100). Ella sperava di persuadere i medici a evitare di mistificare la malattia e la terapia, invitando i pazienti a chiedere ai curanti maggiore chiarezza, per scegliere insieme il miglior rimedio terapeutico.

Sontag affrontò un discorso simile per l'AIDS: se la patologia veniva osservata nel suo micro-processo (come avviene per il cancro) essa veniva descritta come «un'invasione»; al contrario, se ci si concentrava sulle modalità di trasmissione (come avviene per la sifilide) entravano in gioco metafore sulla «contaminazione, inquinamento» (ivi, p. 109). Nel manoscritto sono presenti metafore rivolte anche ad altre malattie (poliomielite, colera, tubercolosi): per questo motivo, ancora oggi, è considerato un'eredità di grande valore culturale.

Un altro argomento affrontato riguarda la relazione fra le metafore e le identità incarnate dei pazienti, durante la descrizione del proprio vissuto di malattia. Skott (2002) ha rilevato che i pazienti riescono a raccontare dolori fisici e malesseri fisiologici, esprimendo un'intensa condizione disagiata attraverso le metafore e tuttavia, parlando di sé riferendosi al proprio corpo in salute. Contemporaneamente, anche Gibbs e Franks (2002) scoprivano che sei donne spiegavano il cancro basandosi su metafore legate alla vita quotidiana, raccontando il proprio corpo in condizioni di salute o prima della terapia, nonostante alcune di loro fossero gravemente ammalate. Sempre sulla stessa patologia ma in un modo diverso, Reisfield e Wilson (2004) hanno ripreso la biografia di Lance Armstrong, rilevando che molte metafore venivano usate per descrivere la

malattia (una guerra, un viaggio), intuendo tuttavia che l'uso di alcune di esse può rivelarsi inappropriato, quando non disumanizzante verso i pazienti, come paragonare il corpo malato a «una macchina rotta» (ivi, p. 4024). La metafora si intreccia quindi all'identità del paziente. Nel Nord del Brasile, Nations e i suoi collaboratori (2009) hanno condotto una ricerca etnografica con persone affette da lebbra multibacillare (o Malattia di Hansen) e i loro curanti, ma non immaginavano le profonde connessioni a cui le metafore riescono a condurre: esplorando i vissuti, i ricercatori hanno scoperto che la lebbra veniva descritta con almeno quattro metafore: «la malattia di un ratto ripugnante», «uno sfogo cutaneo razzista», «una maledizione biblica», «una leucemia letale» (ivi, p. 1218).

Così come ogni patologia preserva il suo valore simbolico, anche la lebbra veniva intrisa di significati morali, perché nonostante deformasse il corpo, essa influiva anche sull'identità e sulla dignità personale dei pazienti. Ma questo era solo uno dei risultati, perché dalla ricerca è emerso anche che l'atteggiamento apparentemente “non compliant” dei pazienti verso le terapie multifarmaco non era dovuto alla terapia in sé, bensì al senso di stigma che avrebbero dovuto sopportare una volta iniziato il trattamento: una «lebbra sociale» (ivi, p. 10), dunque.

Appleton e Flynn (2014) hanno raccolto le storie di diciotto persone che narravano il proprio percorso di malattia oncologica e l'esperienza nel servizio sanitario ospitante, scoprendo che definirsi persone “sopravvissute” a una diagnosi o un trattamento oncologico, è una metafora centrale per sostenere l'adattamento personale e sociale dei pazienti, in quanto modella l'identità e la percezione di sé. Pare inoltre che una caratteristica comune ai partecipanti fosse quella di usare le metafore per “governare” la malattia, calibrare i sentimenti e le interazioni con gli altri (Appleton & Flynn, 2014).

Un diverso uso delle metafore nella descrizione delle esperienze che riguardano le malattie o i loro contesti, ci viene fornita dallo sguardo dei professionisti della cura. Un esempio ci viene offerto da Olsman e collaboratori (2014), i quali hanno analizzato le rappresentazioni di medici, infermieri e sacerdoti in un contesto di cure palliative, sul bisogno di speranza dei pazienti e delle loro famiglie. Questo importante contributo ha valorizzato la circolarità degli sguardi nella rete di relazioni, mostrando che la speranza dei pazienti e delle famiglie veniva rappresentata dai curanti come «un appiglio» necessario per aumentare la loro sicurezza, «una risorsa» dalla quale trarre la propria forza, «una melodia» che crea armonia ed «una visione» che prospetta positività (ivi, p. 835). Gli studiosi hanno poi invitato la comunità scientifica a riflettere sul potenziale

delle metafore nell'accrescere la comprensione dei bisogni dei pazienti da parte dei curanti, oltre che nel migliorare le capacità comunicative di questi ultimi.

3.1.1. *Contributi per la Medicina Generale*

Fra i contributi scelti, lo studio più antico che si è occupato di metafore nella medicina generale è contemporaneo agli studi di Sontag. Nel 1990, Norton e i suoi collaboratori hanno condotto una ricerca quantitativa, per indagare in che modo i medici di famiglia parlassero delle crisi provocate dall'AIDS. Lo studio è stato implementato attraverso 628 questionari, e dall'analisi i ricercatori hanno scoperto che il *modo* in cui i medici parlano di questa malattia è spesso discriminante. Infatti, in risposta alla frase «L'AIDS è come...», circa 232 curanti hanno risposto che: «l'AIDS è il flagello di Dio», «l'AIDS è la piaga portata a noi da una minoranza di individui aberranti», «l'AIDS è una giustizia poetica, almeno» (ivi, p. 809). Secondo i ricercatori, essere consapevoli di un'informazione di questo tipo gioverebbe molto ai curanti, per cui studiare il punto di vista latente dei medici può arricchire sensibilmente i programmi formativi, orientando studenti e curanti verso le considerazioni etiche che sono intimamente connesse all'AIDS.

Un altro modo per indagare l'esperienza dei curanti lo ritroviamo nello studio degli australiani Zambrano e Barton, che nel 2011 hanno condotto una ricerca qualitativa con undici medici, per comprendere la pratica di accompagnamento alla morte dei pazienti. Per riassumere l'intero percorso necessario per affrontare questo momento, i ricercatori hanno creato la metafora processuale del «cammino con il paziente morente» (ivi, p. 824). Questo cammino prevede cinque tappe: 1) avviso personale; 2) comunicazione della prognosi; 3) continuità della cura; 4) il momento della morte; 5) pensare alla famiglia. Le cinque fasi identificate hanno messo in luce il duro lavoro di riconsiderazione e di rettifica che i medici devono fare per annunciare l'imminenza della morte ed essere nel contempo capaci di lavorare. Per ciascuna fase, inoltre, emergono risposte emotive, strategie di coping e narrazioni sull'identità professionale dei medici. La metafora è stata pensata per un uso didattico, in quanto la comprensione delle sue fasi può agevolare gli studenti di MG nell'intuire il significato profondo della morte, aiutandoli ad agire nella pratica professionale.

Esistono poi degli studi che si sono occupati di come le metafore giochino un ruolo importante nel ragionamento diagnostico. Un primo studio è stato fatto riguardo l'asma

infantile. Nel 2005, Østergaard ha raccolto le narrazioni dei genitori dei bambini, e dei curanti, per capire le ragioni del ritardo nel diagnosticare questa patologia da parte dei medici. Mentre questi ultimi raccontavano l'asma in relazione al processo diagnostico, i genitori descrivevano retrospettivamente il decorso dell'asma, la qualità della vita dei figli, e la relazione con i servizi. Dai risultati è emersa una metafora costante nelle narrazioni dei genitori, che è quella del «rantolò», mentre i medici hanno concentrato la propria descrizione principalmente sui sintomi direttamente osservabili, non avendo familiarità con le anamnesi biografiche dei bambini, spesso lunghe. Queste ultime, al contrario, venivano arricchite dai genitori con espressioni articolate, metafore ed onomatopee. Un secondo studio che collega le metafore alla diagnosi, è dedicato ad un quadro sintomatico molto più complesso da definire, che è quello dei sintomi medicalmente inspiegabili (*Medically Unexplained Symptoms*, MUS). Per affrontare questo tema sono stati osservati 21 medici di famiglia danesi, durante la consultazione con pazienti dai sintomi di difficile classificazione. In questa ricerca i ricercatori hanno scoperto che, nonostante la varietà di metafore usate dai curanti, esiste una costante che li accomuna nel modo di esprimerle: pare infatti che l'abilità di associare le patologie all'uso di certe metafore, dipenda dalla *personalità* dei pazienti. Ciò significa che l'uso di metafore da parte dei medici è influenzato dalla propria capacità di stabilire se quei pazienti siano o meno delle persone con difficoltà sociali o abbiano dei «tratti problematici» della personalità (Mik-Meyer & Roelsgaard, 2012, p.1025). Una revisione della letteratura sempre su questi sintomi nella medicina generale, non specificamente rivolta alle metafore ma quasi in risonanza con lo studio sulla biografia di Armstrong, ha evidenziato inoltre che le metafore «artificiali, che riguardano la mente e il corpo» si dimostrano riduttive e incomplete per individuarle la diagnosi corretta (Soler & Okkes, 2012, p.272), auspicando un cambiamento di paradigma nel mondo della cura, che passi da quello biomedico a quello bio-psico-sociale. In altri termini, tenere conto della correlazione mente-corpo durante l'uso di metafore sembra essere preferibile.

3.2. Sviluppo e miglioramento delle competenze e delle pratiche professionali

Il secondo ambito nel quale sono state studiate le metafore riguarda le competenze di infermieri e medici, specialmente sulla comunicazione nel colloquio clinico, sul ragionamento diagnostico e sul *decision-making*. Anche in questo caso, ritroviamo qualche studio in ambito oncologico, che rappresenta il pilastro fondamentale su cui si

basa la maggior parte della letteratura (Harrington, 2012), per cui una parte di questo paragrafo esporrà gli studi principali in tale ambito.

Sulla comunicazione nel colloquio clinico, ritroviamo il paper di Olweny (1997) che, unendo la sua esperienza di medico ai risultati di alcune ricerche, ha sostenuto che non esista un approccio “giusto” nel comunicare con i pazienti oncologici, poiché il modo di comunicare dipende e si adatta a seconda del medico e a seconda del paziente: di conseguenza, anche le metafore devono essere adattate in base alla circostanza. La questione sui limiti e sui vantaggi dell’uso di metafore nella comunicazione clinica, del resto, era già stata anticipata da Sontag, rispetto all’elusione delle metafore che possono mistificare diagnosi e terapie, in virtù di una maggiore chiarezza. Diciassette anni dopo, Kirklin (2007) ha ribadito questo concetto, confermando la possibilità di dire e non dire la verità attraverso le metafore. Se dunque, da un lato, le metafore riescono ad attenuare le informazioni spiacevoli, d’altro canto l’autore esorta i curanti a non commettere l’errore di usare terminologie inappropriate, sottovalutando il potenziale che la loro parola ha sui pazienti.

Sull’uso di metafore dei curanti verso i pazienti ritroviamo altri due studi. Il primo è stato condotto nel 2002, da Arroliga e i suoi collaboratori, con l’obiettivo di osservare alcuni pneumologi durante il colloquio con i pazienti affetti da broncopatie cronico-ostruttive (BPCO): i ricercatori hanno rilevato un frequente uso di metafore da parte dei curanti per spiegare e descrivere patologie, diagnosi e trattamenti, e tra la moltitudine di metafore emerse i ricercatori hanno stilato un catalogo utile per medici e futuri curanti, al fine di migliorarne le strategie di comprensione e comunicazione con i pazienti (Arroliga et al., 2002).

In un altro studio (Casarett et al., 2010) si è cercato di comprendere se l’uso di metafore da parte dei curanti, nella comunicazione con pazienti affetti da tumore in stadio avanzato, fosse associato all’attribuzione di maggiori capacità empatiche dei curanti da parte dei pazienti: dai risultati di questo studio, sembrerebbe emergere che i pazienti attribuissero un punteggio maggiore ai curanti che utilizzavano metafore, rispetto a coloro che non le adottavano. Un risultato di questo tipo richiama la capacità delle metafore di evocare emozioni fra narratore e ascoltatore, che è una delle principali caratteristiche dell’uso di metafore in ambito poetico (Shen, 2012).

Sul ragionamento diagnostico, abbiamo potuto avere un riscontro nell’uso di metafore a proposito dell’asma infantile o dei MUS, mentre per quanto riguarda il ragionamento diagnostico, il contributo di Hanne (2015) è un esempio edificante di come le metafore siano al cuore della diagnosi, per esempio nel definire che «la nausea si manifesta a

ondate» (ivi, p. 225): le metafore sembrano quindi essere degli strumenti linguistici in grado di definire le sfaccettature di sintomatologie complesse, aprendo nuovi scenari diagnostici. Della relazione fra metafore e *decision-making*, invece, se ne sono occupati Scherer e i suoi collaboratori (2015), il cui studio si è avvalso di alcune metafore per descrivere il virus dell'influenza in campagne sanitarie preventive, evidenziando come tali espedienti linguistici siano una via molto semplice e poco dispendiosa per persuadere la popolazione a vaccinarsi (Scherer et al., 2015).

3.2.1. *Contributi per la Medicina Generale*

Il territorio danese ha visto la nascita di uno fra i contributi principali di questa revisione. Nel 1997, Mabeck e Olesen hanno condotto una ricerca qualitativa, registrando le consultazioni fra medici e pazienti: il loro obiettivo era quello di studiare come i pazienti comprendono i disturbi patoanatomici e patofisiologici, durante la spiegazione della loro malattia da parte del proprio medico di fiducia. Una volta concluse le videoregistrazioni, i ricercatori hanno riguardato i nastri con i curanti, e quando le consultazioni si focalizzavano su aspetti somatici, i pazienti venivano ingaggiati per partecipare individualmente a un'intervista in merito. Sono state identificate e classificate un certo numero di metafore che rappresentavano sia i problemi di tipo medico che le relazioni interpersonali, ma i risultati dimostrano in particolare che una spiegazione clinica che porta ad una "comprensione meccanica del corpo" si rivela inadeguata, fuorviante, mentre le metafore «etno-meccaniche» (le malattie sono punizioni divine, castighi spirituali ecc.) (ivi, p. 277) sono state frequenti in tutte le interviste. Così, quando i pazienti non si sentivano abbastanza "qualificati" per comprendere le descrizioni dei medici circa il loro stato di salute, narravano le loro patologie attraverso questo tipo di metafore, seppur non inoltrandosi nei dettagli.

Cercare di associare le spiegazioni mediche ai loro "pregiudizi" sulla malattia, è il modo con cui essi davano senso a quanto stessero vivendo. Per tali motivi, gli autori ipotizzano che i medici dovrebbero essere maggiormente consapevoli del valore che l'immaginazione dei pazienti gioca nel percorso di cura, poiché modella le loro esperienze attribuendo il senso che loro "intendono", il quale non necessariamente è in linea con quanto il medico dica. In un setting simile, Skelton e i suoi collaboratori hanno condotto uno studio sulle metafore nella consultazione di medici e pazienti (Skelton et al., 2002). L'analisi dei dati ha riportato delle differenze nette fra le metafore dei primi e

degli altri, mentre quelle apparentemente comuni differivano nei dettagli e nei modi di funzionare: mentre i curanti individuavano metafore “meccaniche” per spiegare una patologia e si definivano «risolutori di problemi», «controllori della malattia» (ivi, p. 114), i pazienti impiegavano metafore vivide per descrivere sintomi fisici e psichici. Scrivono i ricercatori britannici:

Se le metafore sono sicuramente l'embodiment dell'esperienza anziché, o così come, apparenti analogie per il bene della lucidità, una comprensione delle metafore è importante per i dottori per comprendere le credenze dei pazienti sulla salute. (ivi, p. 115)

Nonostante tali diversità, i ricercatori sono convinti dell'utilità di comprendere la reciproca influenza fra medici e pazienti nelle loro interazioni, oltre che della produttività per i curanti di riflettere sul proprio repertorio espressivo. Se da un lato troviamo la raccolta delle metafore espresse dai partecipanti per comprendere i vantaggi e i limiti del linguaggio simbolico, da un altro lato vi sono i contributi che usano le metafore per esprimere dei concetti circa le competenze cliniche dei medici di medicina generale. In medicina, l'ascolto del curante implica saper prestare attenzione ai “dettagli” dell'anamnesi biografica fornita dai pazienti, al fine di una diagnosi corretta: Cocksedge e May (2005) hanno osservato 23 medici di famiglia, per rintracciare le strategie di ascolto che essi implementavano, dall'inizio alla fine dell'interazione con i pazienti. Il risultato di questa ricerca è stato riassunto con una metafora processuale, che è quella del «*loop* dell'ascolto»,¹⁰ il quale è composto da quattro passaggi. Poniamo il caso che un uomo vada dal medico, accusando un forte dolore al petto e che, nel corso della sua narrazione, egli riveli il dettaglio di essere preoccupato per la depressione della moglie. Il medico, secondo i passaggi di questa metafora, potrà:

- a) Non identificare il dettaglio, per cui il *loop* dell'ascolto non si avvia;
- b) Identificare il dettaglio, ma scegliere di non avviare il *loop* dell'ascolto;
- c) Identificare il dettaglio, avviare il *loop* e ritornare al corso iniziale della conversazione;
- d) Identificare il dettaglio, avviare il *loop* e finire la consultazione seguendo una via alternativa.

Tra i fattori che influenzano l'identificazione dei dettagli nelle narrazioni dei pazienti vi sono: la pressione al lavoro, emozioni e sentimenti del medico verso il paziente e le interazioni con il contesto. Tra i fattori limitanti che bloccano o ostacolano l'ascolto

¹⁰ L'interazione in *loop* “dovrebbe” concentrarsi su quei particolari che il paziente propone e che il medico può ignorare o assecondare.

invece vi sono: la rassicurazione, il cambiamento di focus, l'interruzione, l'essere direttivi nella progettazione di un percorso terapeutico, la riduzione della considerazione e l'uso della comunicazione non verbale. Per gli autori, questa metafora può essere utilizzata come modello didattico nella formazione dei curanti, per far riflettere loro circa le possibili metodologie d'ascolto.

Esiste un altro contributo che si avvale di metafore per insegnare quale postura adottare nella medicina generale, in prossimità di un'incertezza diagnostica. Questo contributo è stato scritto da Stone (2012), la quale ha collegato la sua esperienza di medico di famiglia con le teorie psichiatriche di Sadler (2005). L'autrice ha illustrato tre differenti posture che entrano in gioco nella classificazione di una patologia o di una diagnosi di malattie croniche complesse, attraverso le metafore del «botanico» e del «giardiniere» (Stone, 2012, p. 796): se per il botanico la classificazione produce una tassonomia rigorosa e affidabile, per il giardiniere, essa dà informazioni sul modo in cui un giardino si sviluppa e si nutre. Attraverso la spiegazione di queste metafore, ancorata alla pratica, Stone ha ipotizzato tre processi diagnostici: quello medico (botanico), quello psicosociale (giardiniere) e quello psichiatrico (entrambi). Se usati in cooperazione, tali processi sono importanti per raggiungere un buon risultato clinico:

In un certo senso, una consultazione è uno studio a metodo misto con una sola coorte. Come ogni studio a metodo misto, ci sono sempre sfide nel sintetizzare i dati di diverse fonti e di diverse prospettive. Comunque, avere una flessibilità nel considerare diversi punti di vista ci abilita ad utilizzare la nostra conoscenza della botanica e le nostre competenze da giardinieri per ridurre la sofferenza (ivi, p. 789).

3.3. Rielaborazione e miglioramento degli aspetti organizzativi

All'interno di questa tematica, le metafore sono state usate per comprendere dinamiche organizzative, relazioni professionali, strategie di adattamento a situazioni stressanti, e percepire cambiamenti istituzionali da parte di pazienti e curanti. Questo è un modo per leggere i significati che circolano nei contesti di cura, a partire dal punto di vista dei pazienti ma soprattutto a partire dalla voce degli infermieri, dei medici, e degli altri operatori sanitari.

Uno studio riguardante la percezione dei cambiamenti organizzativi da parte dei pazienti è stato quello di Richardson e Grose (2009), nel contesto di un centro diurno di cure palliative. Dallo studio è emerso che i pazienti utilizzavano le metafore per raccontare la propria esperienza nel servizio, il quale inizialmente veniva visto come «un posto sicuro, in un mondo che cambia», mentre la transizione è stata vissuta con

tristezza, «come un tradimento» dai cambiamenti «amari e contorti» che hanno lasciato «un buco nero» (ivi, p. 21). Le metafore sono spesso raccolte nella descrizione delle mansioni professionali all'interno di strutture sanitarie. Il primo studio a tal proposito è stato quello di Froggart (1994), con l'intento di esplorare la natura del lavoro infermieristico in una casa di riposo: la sua ricerca, di tipo etnografico, ha richiesto un'immersione profonda della ricercatrice in questo contesto, che l'ha condotta a scoprire che gli infermieri utilizzavano delle metafore per descrivere situazioni lavorative molto stressanti, così come nell'immaginare strategie di resilienza a fronte di questi fardelli professionali.

Un altro studio, invece, si è soffermato sulla figura degli infermieri a seguito di alcuni cambiamenti nel sistema sanitario del Queensland (McAllister et al., 2014): l'interessante contributo di questa ricerca consiste nel fatto di fare luce sull'identità professionale sia in virtù dei mutamenti organizzativi, sia in virtù dei nuovi bisogni di salute che emergevano dal territorio. Come è possibile intuire, i mutamenti hanno trasformato strutturalmente la figura e le mansioni degli infermieri, che sono state riassunte dai ricercatori con la metafora processuale del «pendolo di Newton» (ivi, p. 130). Questa metafora si è rivelata utile per descrivere l'intero processo che ha coinvolto gli infermieri, e le dinamiche connessioni fra gli attori coinvolti. Infatti, se durante i momenti di «tensione» gli infermieri restavano «allineati» grazie al proprio contenimento, sviluppo e comprensione, l'energia del team viene «preservata anziché dispersa» (ivi, p. 131). In altri termini, se durante i mutamenti interni e organizzativi, gli infermieri prestavano attenzione a queste dinamiche con un aumento della propria consapevolezza, essi riuscivano a progredire, essere più efficienti e proattivi nel modellare il loro futuro lavorativo che prevede nuove sfide, repentini cambiamenti e nuovi bisogni ed emergenze di salute. Condividendo con i partecipanti questa metafora, è stato affinato il loro pensiero critico, riflessivo e creativo, allenando la propria capacità di resilienza nelle fasi critiche, e ipotizzando soluzioni alternative non pensate prima.

Uno studio più recente (Zannini et al., 2015) ha riletto l'esperienza degli infermieri sui turni di notte in alcuni ospedali italiani. Alla ricerca hanno partecipato infermieri delle unità mediche, chirurgiche e di cure intensive. Trattandosi di un'esperienza articolata, i ricercatori hanno scoperto che quando il turno di notte veniva definito con immagini che comunicavano «calma e serenità», spesso era associato ad un lavoro sinergico e ad un senso di compagnia. Quando invece gli infermieri lo rappresentavano con immagini «caotiche e imprevedibili», le metafore non comunicavano alcun tipo di relazione coi colleghi o un senso di solitudine (ivi, p. 8): il contributo di questa ricerca, è dunque quello

di mostrare come la gestione della dimensione organizzativa non possa scindersi da una certa qualità relazionale fra i professionisti che cooperano nello stesso setting.

Della qualità relazionale e, più in generale, degli stereotipi nelle relazioni fra medico e infermiere se ne è occupata Weaver (2013), documentando l'immaginario rappresentato dalle serie televisive: assumendo che i media influenzino la percezione della popolazione, ella ha rintracciato le metafore linguistiche nei discorsi di queste serie TV in un suo studio che rivela che le relazioni vengono spesso immaginate come «un gioco, una guerra civile e un ammutinamento» (ivi, p. 280) non curandosi della sicurezza del paziente. Anche se i benefici di questi conflitti televisivi implicano una certa riconoscibilità e competenza della figura degli infermieri, tuttavia la ricercatrice rimarca il limite di rappresentare un sistema sanitario disfunzionale, poco collaborativo e pieno di giochi di potere (Weaver, 2013). Tali risultati si avvicinano a quelli rilevati da Wurzbach (1999), secondo la quale le metafore degli infermieri riflettevano una certa lealtà all'organizzazione, ai medici («seguire le autorità», ivi p. 95), ricorrendo spesso a metafore belliche («una catena di comando», ibidem) e denotando in che modo venisse strutturato il lavoro dei medici in quegli anni.

3.3.1. *Contributi per la Medicina Generale*

Il narrare metaforicamente non è una semplice verbalizzazione, ma implica un'azione che chiama in gioco chi parla, chi ascolta. E la creazione di una metafora non parte da un punto in cui tutto è comprensibile, ma è legata ai narratori, ai loro modi di percepire e di *essere-nel-mondo*. Ma in quali termini è possibile usare le metafore in contesti polifonici, come le realtà organizzative? Il primo modo - già visto nel paragrafo precedente - è quello di cercare le metafore più frequenti nelle espressioni verbali dei partecipanti. Nel contesto della medicina generale, Goodman (2001) ha studiato il ruolo degli infermieri di distretto nei gruppi di medicina generale. Interessante è la rappresentazione che ne danno medici, manager e infermieri, che è quella di una figura volta a «mantenere un equilibrio» (ivi, p. 106) negli aspetti amministrativi, organizzativi e relazionali, oltre che svolgere le proprie mansioni. Quasi come la metafora del pendolo di Newton. Un'altra metafora ricorrente è quella del viaggio. Nell'ambito dell'assistenza domiciliare, è stato condotto uno studio (Öresland et al., 2011) volto a comprendere valori e norme della visita a domicilio da parte degli infermieri di distretto: i partecipanti hanno raccontato ai ricercatori che «essere infermieri dell'assistenza domiciliare è *un viaggio senza fine*» (ivi, p. 408), un'esperienza esposta a un movimento costante che richiede agli infermieri

di «*calibrare*» le circostanze, che richiedono una certa responsività etica (ibidem). È interessante notare come risultati analoghi siano stati riscontrati anche in una ricerca, con gli infermieri in formazione durante il servizio (Kaya et al., 2013).

La metafora del viaggio ricorre anche nella ricerca dei canadesi Rodriguez e Bélanger (2014) sui cambiamenti del sistema di cure primarie, ma in modo diverso: è noto che i mutamenti organizzativi possano incidere profondamente sull'identità professionale degli individui, ma come incidono sulla collaborazione fra figure sanitarie diverse che lavorano nello stesso setting? Dal coinvolgimento di medici, infermieri e personale amministrativo, è stata sviluppata la metafora processuale del «viaggio», che scandisce cinque tappe: a) una partenza incerta, b) incertezza sulla fine del viaggio, c) conflitti fra il personale che «scendeva dalla barca o restava a bordo» (ivi, p. 5), d) negoziazione della rotta ed e) durata della sfida nel tenere la rotta ed essere pionieri di un cambiamento organizzativo nelle cure primarie del loro contesto. Non tutte le metafore con la stessa forma, in fondo, sono simili: in questo viaggio, l'identità del gruppo coinvolto è stata inizialmente invariata, ma con l'andare delle riforme, ha modificato il suo assetto diventando un gruppo interdisciplinare, pioniere canadese di questo mutamento.

Un altro modo di fare ricerca con le metafore sugli aspetti organizzativi ci viene proposto da Aita e i suoi collaboratori (2003), i quali hanno condotto un'importante ricerca qualitativa che confronta più studi di caso, usando le metafore come strumento per analizzare la percezione dei medici di famiglia circa la propria pratica: le più ricorrenti descrivono il lavoro come «*un franchising*», una «*famiglia che nutre*», una «*missione*» (ivi, p. 1425). Come si può intuire, ciascuna di queste metafore rivela gli assunti impliciti dei partecipanti rispetto alle proprie mansioni, anche se i ricercatori segnalano che l'uso di metafore come strumento di analisi può rivelarsi limitante.

Le metafore sono state utilizzate anche come catalizzatori di apprendimento, in ricerche volte a comprendere i cambiamenti organizzativi, proponendole come essere possibili interpretazioni degli eventi. Ne è un esempio la ricerca di Rowe e dei suoi collaboratori (2005), i quali hanno proposto la metafora processuale dei «*Sistemi Adattivi Complessi*» (ivi, p. 396) per analizzarne la ricaduta del cambiamento sulla performance di alcuni infermieri della salute pubblica (es. infermieri scolastici), in un Dipartimento di Cure Primarie: i partecipanti erano stati coinvolti in un programma che aveva alcune regole (la riflessione, il dibattito e la sfida, intese come condizioni capaci di avanzare la crescita di relazioni multiple, nuove strutture e processi). Il programma aveva l'obiettivo di esplorare i fattori che contribuivano al cambiamento professionale e organizzativo, esaminando come questa metafora potesse influenzare lo sviluppo, l'applicazione e i

risultati del programma stesso. Secondo i risultati, la condivisione di questa metafora si è dimostrata fondamentale per garantire l'inclusione, l'evoluzione e una certa dose di imprevedibilità del programma (a scapito delle logiche lineari e meccaniche), permettendo ai partecipanti di capire cosa funzionasse e cosa non. In questo modo, hanno potuto riconoscere e apprezzare la funzione dell'incertezza all'interno di processi e strutture, per rinnovare le proprie pratiche mantenendo un alto livello di responsabilità (*accountability*).

Similmente, alcuni ricercatori hanno studiato i mutamenti del Sistema Sanitario britannico in un gruppo di medicina generale, introducendo la metafora «barriere al cambiamento» (Checkland et al., 2007, p. 95) come stimolo di riflessione, e chiedendosi se questa potesse influenzare in qualche modo la comprensione dei partecipanti sui processi di cambiamento: osservando la reazione di infermieri e medici ai mutamenti burocratici, sono emerse diverse “barriere” procedurali che consistevano in: prassi che rallentano o prevengono il cambiamento, difficoltà nella gestione dei documenti e mancanza di tempo. Ma un'analisi più approfondita delle prassi dei curanti ha suggerito che tali barriere fossero necessarie per dare senso al cambiamento stesso: così, la metafora «rimuovere le barriere al cambiamento» (p. 99) si è rivelata limitante in un contesto dove la non implementazione delle policy era una “scelta” organizzativa implicita, probabilmente adattabile se le ragioni di tali cambiamenti fossero state chiarite.

Una sola ricerca si concentra sulla relazione fra studente/medico e paziente (Rees et al., 2007) dimostrando che questi legami sono vissuti «come una guerra», con un senso di paternalismo, gerarchicamente strutturati, centrati sul curante, mentre l'ambulatorio medico è visto come «un mercato», «una macchina», «un teatro» (p. 725). Il potere della metafora consiste nel creare risonanza anche fra ricerche diverse (cfr. Weaver, 2013; Wurzbach, 1999), come a voler rimarcare un pattern di verosimiglianza che può accomunare contesti distinti.

3.4. Creazione di prospettive educative e percorsi formativi

La quarta tematica rilevata nella letteratura, riguarda l'uso di metafore con finalità educative. Nello specifico del contesto sanitario scelto, la letteratura è veramente molto scarsa a tal proposito. Analizzando le fonti, tuttavia, è possibile rilevare alcuni modi con cui le metafore sono coinvolte in quest'area:

1. *call-to-action* da parte delle ricerche già affrontate, le quali invitano la comunità scientifica a sperimentare la conoscenza guadagnata sul campo nei contesti formativi;
2. formazione degli studenti attraverso l'uso di metafore;
3. programmi educativi dedicati al cambiamento dello stile di vita dei pazienti.

Per essere pedagogicamente fondata, una “saggezza guadagnata” in termini scientifici ha il compito di innestarsi nella pratica formativa, avanzando per tentativi, errori, con incedere incerto, che fa del rigore e dell'immaginazione due elementi inscindibilmente compresenti nelle pratiche formative, se non di cura. Questo è l'obiettivo di ogni *call-to-action*: l'invito a sperimentare percorsi nuovi nella formazione dei futuri curanti, affinché essi siano consapevoli dei significati e dei linguaggi che circolano nei contesti professionali. Fra le *call-to-action* vi sono, per esempio, gli studi che si sono avvalsi di metafore processuali per spiegare alcune competenze, promuovendole per fini didattici, come il loop dell'ascolto (Cocksedge & May, 2005) o il cammino con il paziente morente (Zambrano & Barton, 2011), o le metafore che indicano posture utili per la diagnosi clinica (es. il botanico e il giardiniere; Stone, 2012). Rientrano nelle *call-to-action* anche quelle ricerche che, alla luce di determinati risultati, invitano il mondo formativo ad educare professionisti riflessivi e più consapevoli circa il proprio modo di comunicare (Norton et al., 1990).

Di diversa matrice sono invece gli articoli che riflettono sullo sviluppo delle competenze di una specifica professione (specialmente infermieristica), attraverso l'ascolto delle metafore dei pazienti, per poterli educare nella rilettura e ri-significazione della propria storia. Il lavoro di Gaydos, (2005) si concentra ad esempio sul ruolo che la memoria autobiografica gioca nel riconoscimento delle metafore e nella comprensione delle narrative dei pazienti, in quanto attingere dalla propria memoria per raccontare un evento implica, anzitutto, creare una narrazione che sia fuori dall'evento originale, e avere un'informazione da trasmettere all'ascoltatore: quando un ricordo viene rievocato, la memoria dell'evento originale e l'informazione da trasmettere vengono associate, al fine di creare una narrazione. Inoltre, la memoria è radicata nel corpo, per cui può manifestarsi sotto forma di sensazioni, emozioni ecc.: pertanto, il suo ruolo assume importanza per la creazione dei significati da attribuire agli eventi. Nel corso degli anni, tali significati possono modificarsi oppure stagnarsi, ma i pazienti possono avere la possibilità di co-creare un'altra storia insieme agli infermieri, anche quando la storia prende la forma di una metafora che può avere significati diversi fra narratore ed

ascoltatore, la cui differenza interpretativa rende la creazione di metafore un processo sia intuitivo che estetico.

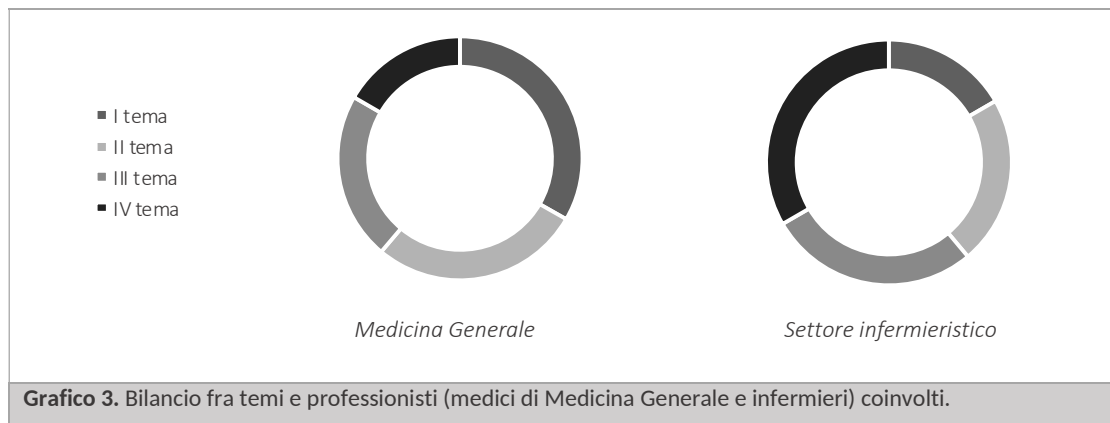
Un altro contributo interessante è quello di Sharoff (2009), la quale ha revisionato la letteratura sulle metafore nella professione infermieristica, indicandone i vantaggi formativi in termini di espressività dei pazienti e creatività degli infermieri. Questa revisione tuttavia segue quella di Czeichmeister (1994), la quale già nella seconda metà degli anni Novanta, spiegava che nella professione infermieristica le metafore erano «un'arma a doppio taglio» (ivi, p. 1232), in quanto la potenza e dunque l'ambivalenza di queste espressioni è legata alla cultura degli individui: prendendo le distanze dallo studio di Sontag, l'autrice dichiara che se da una parte le metafore possono avere come conseguenza negativa la paura, lo stigma, e la mitizzazione di alcune terapie, d'altro canto il loro uso sociale è profondamente radicato nel linguaggio quotidiano, pertanto sembra essere necessario diventare consapevoli del linguaggio usato dai curanti e dai pazienti, sia per poter comprendere quali effetti abbia il linguaggio del curante sul paziente, sia per capire in che modo il paziente dà senso alla sua esperienza.

Sull'educazione del paziente, uno studio britannico (Shaw et al., 2015) ha esaminato l'esperienza di coloro che hanno preso parte a un programma nazionale, a supporto di chi ha un rischio decennale di contrarre una malattia cardiovascolare. Lo studio ha coinvolto medici, assistenti sanitari, infermieri e i pazienti che si presentavano per un controllo sanitario ogni cinque anni: il programma di educazione del paziente era rivolto al perseguimento di cambiamenti comportamentali (es. assunzione di alcol, dieta, attività fisica) mediante avvertenze personali e supporti al mantenimento del nuovo stile di vita. Dalle metafore emerse nelle interviste, il controllo sanitario veniva percepito come un «controllo tecnico» (ivi, p. 3), delineando un'attitudine piuttosto passiva nella gestione del proprio rischio cardiovascolare, mentre altri lo hanno considerato come un momento «rivelatorio», sul proprio stato di salute.

Rispetto all'educazione formale degli studenti, infine, soltanto uno studio fa riferimento all'uso di metafore morte nei testi universitari (es. «i *grappoli* di Carswell»), evidenziando come l'impiego di queste ultime possa lasciare perplessi i professionisti, essendo “culturalmente inappropriate” celebrando, tuttavia, l'efficacia delle metafore nella memorizzazione di concetti clinici (Masukume & Zumla, 2012).

4. Vantaggi, limiti, importanza delle metafore nella Medicina Generale

Da una prima analisi si nota una tendenza inversamente proporzionale su queste tematiche se affrontate con i medici o con gli infermieri, come dimostrato nel Grafico 3:



Nel primo tema, il punto di forza delle metafore consiste nel costruire un senso sugli episodi difficili, dando voce alle paure, alle fatiche e alle emozioni: hanno inoltre la capacità di rendere condivisibili narrazioni e prospettive sul significato di ciò che si vive. Il limite è dato dalla loro intrinseca natura ambivalente e dal rischio di confondere i pazienti con espressioni che non contribuiscono al suo *empowerment*, recando effetti iatrogeni per la qualità della cura. L'impatto pratico è quello di capire il vissuto dei pazienti e far emergere le motivazioni implicite nelle scelte dei soggetti, le quali possono nascondere timori o pregiudizi.

Sulle competenze professionali, il valore delle metafore si gioca nella comunicazione con i pazienti, in particolare se adottate per chiarificare diagnosi e informazioni complicate. Un possibile limite nasce se riducono complessità al *binomio mente-corpo*, esautorandola dai suoi aspetti olistici, soprattutto in presenza di quadri sintomatici poco chiari. L'impatto di questi espedienti è legato sia alla diagnosi che al *decision-making*, per questo motivo i ricercatori invitano i professionisti sanitari a diventare professionisti consapevoli dei significati che mettono in gioco nella cura.

Usare le metafore nel terzo tema implica spesso la necessità di dare un ordine e una forma ai mutamenti del sistema sanitario, mettendo in parola il punto di vista di chi vi lavora e di chi ne usufruisce, ma sono anche utili per studiare le identità collettive e i ruoli professionali. Un limite potrebbe subentrare nell'uso di una singola metafora per riassumere le i molteplici punti di vista di un'organizzazione – come le metafore processuali – poiché difficilmente essa riuscirà a tener conto di posizioni singolari e

diverse. L'uso di queste metafore, tuttavia, permette agli individui di capire a fondo modelli, procedure, relazioni e passaggi con cui debbono confrontarsi nella quotidianità.

Nell'ambito della formazione, la centralità dell'esperienza dei soggetti e la riflessione sulle proprie e altrui rappresentazioni sono condizioni necessarie per sostenere la creatività, i percorsi di apprendimento e il pensiero critico dei curanti, a partire da un riconoscimento dei valori immessi nella pratica la cui re-visione può creare nuove strategie e saperi unici, che si sviluppano tramite la rielaborazione dei significati impliciti nell'esperienza e l'individuazione di modelli, schemi d'azione e rappresentazioni costruite fra il mondo della vita e quello professionale, nell'interazione circolare fra *essere* e *ambiente*. Nei programmi preventivi, le metafore aiutano a capire come i pazienti vivono le attività proposte, e ciò si traduce in una personalizzazione delle cure che consenta di aumentare l'efficacia dei percorsi terapeutici, individuando una comunicazione che ben si adatti alla sensibilità e alle esigenze della situazione. Nel complesso, si percepisce una forte dicotomia fra l'utilizzare o meno queste espressioni.

5. Gap della letteratura

Sulla base della letteratura esaminata, emergono alcuni aspetti che le ricerche future potrebbero approfondire. In particolare, si evince che:

1. Non vi sono studi che indaghino l'uso (e il non uso) *consapevole* delle metafore da parte dei curanti, specialmente di coloro che lavorano in gruppo;
2. Non vi sono studi che indaghino in che modo i curanti riflettano sul proprio uso di metafore nella pratica, e se durante la propria esperienza hanno imparato a potenziarne i vantaggi e limitare gli svantaggi nelle proprie prassi;
3. Non vi sono ricerche che indagano specificamente le circostanze cliniche in cui le metafore vengono utilizzate nella MG;
4. Pur avanzando proposte di metafore che leghino corpo e mente, dalle ricerche non si evince una spiegazione che adduca i motivi principali per cui queste metafore siano efficaci;
5. Non vi sono studi che indaghino se le metafore vengano in qualche modo utilizzate a scopi "terapeutici", né se l'approfondire la metafora del paziente possa aiutare il curante a fornire interventi appropriati;

6. Non vi sono esperienze didattiche note che insegnino ad utilizzare e riconoscere le metafore con i pazienti, così come non ci sono ricerche che indagano l'uso di metafore nella formazione in MG;
7. Alcune ricerche che studiano le metafore indicano una rappresentazione poco chiara dell'argomento, dimostrando una confusione nella ricerca del fenomeno stesso.

In virtù di questi aspetti, la ricerca sul campo vorrebbe fare un'esplorazione preliminare, per indagare quale sia la *rappresentazione* che medici, infermieri e segretarie di un gruppo di medicina generale hanno rispetto alle metafore nella loro esperienza professionale ed educativa. Esplorare la rappresentazione di un fenomeno implica sospendere momentaneamente il giudizio rispetto a quanto studiato finora, un esercizio fenomenologico che invita il ricercatore a non cercare nell'esperienza dei partecipanti ciò che pretende di trovare, aprendosi a cogliere ricettivamente le suggestioni proposte dai partecipanti, affinché egli possa avvicinarsi fedelmente al cuore della loro esperienza.

IV. Disegno di ricerca

1. Razionale del progetto

Rispetto a tutti i tentativi di ricerca fatti finora, le metafore restano un elemento rilevante nella narrazione e condivisione di esperienze, che sono state indagate nelle storie dei medici, degli infermieri e dei pazienti, anche se ingaggiati singolarmente. Viceversa, sono state spesso utilizzate per sintetizzare o spiegare le dinamiche delle équipe in ambito organizzativo. Non vi sono purtroppo elementi a sufficienza per capire cosa succede, invece, nei gruppi di Medicina Generale, dove vengono condivisi spazi, tempi pratiche cliniche, organizzative e obiettivi terapeutici. Ipotizzando che questo tipo di realtà sia più aperta rispetto all'attività di medico che lavora singolarmente, il nuovo quesito di ricerca «come viene rappresentato il *fenomeno delle metafore* in un gruppo di medicina generale?» nasce dal gap presente in letteratura, e l'obiettivo principale sarà quello di porre al centro la loro esperienza, per indagare quali apprendimenti e quali teorie abbiano formulato i partecipanti rispetto a questo fenomeno nella loro pratica.

2. Frame metodologico

Come abbiamo notato sia nella revisione che nel Capitolo I, il fenomeno delle metafore ha una natura molto complessa, dalla quale deriva la difficoltà che la comunità scientifica riscontra sul fare ricerca con le metafore. Poiché con lo stesso termine si intendono fenomeni comunicativi che sembrano quasi diversi fra di loro, sembra opportuno ricordare che esplorare la metafora come elemento pedagogico implica la scelta di un metodo che sia fedele al fenomeno che si intende indagare. Per tale motivo, selezionare a priori una categoria metaforica piuttosto che un'altra potrebbe rivelarsi limitante nella raccolta dei dati, in quanto nulla ci assicura che i partecipanti riconoscano le metafore nello stesso modo. La scelta di non distinguerle per categorie è guidata dal fatto che per ciascuna di esse (concettuale, processuale, letterale), il *meta-messaggio* sia sempre lo stesso (“non leggermi alla lettera”).¹¹ Il discorso assume una connotazione diversa nella distinzione fra metafore vive e metafore morte: infatti, mentre nelle metafore vive il

¹¹ Si ringrazia il Dr. Fabrizio Consorti per aver contribuito alla creazione di questa prospettiva teorica.

pensiero abduittivo permette di prelevare dal significato letterale della frase tutte le informazioni necessarie per comprendere l'analogia creando nuova informazione, nelle metafore morte l'informazione è saturata poiché l'associazione è già familiare all'interlocutore, pertanto il meta-messaggio perde il suo valore. Cogliere o meno il meta-messaggio all'interno di una frase è una competenza d'ascolto che permette al curante di non fermarsi all'apparenza del dialogo, cercando di interpretare i significati che soggiacciono nella comunicazione col paziente. Ci sembra quindi utile partire da una premessa diversa, che indaghi preliminarmente quale rappresentazione abbiano i curanti circa la metafora in sé, come fenomeno linguistico presente (o assente) nella propria pratica.

2.1. La scelta del metodo

Nonostante la ricerca quantitativa offra spunti notevoli per monitorare, valutare e misurare i fenomeni su vasta scala, coinvolgendo un ampio numero di partecipanti, e sebbene questo tipo di ricerca permetta di trovare leggi universali per capire eventi della stessa entità, in questo studio si è optato anzitutto per una metodologia qualitativa (Flick, 1998; Richards & Morse, 2007; Denzin & Lincoln, 2011) al fine di cogliere i significati *profondi* creati dai partecipanti per dare senso all'unicità della propria esperienza, la cui ricchezza è irriducibile. Tra le forme di ricerca qualitativa ricordiamo:

- Ricerche osservative: sono basate sulla *comprensione* dei fenomeni. Fra queste vi sono l'*etnografia*, lo *studio di caso*, la *Grounded Theory*, la ricerca *narrativa* e quella *fenomenologica*;
- Ricerche-intervento: sono un tipo di indagine che parte da una richiesta specifica di *intervento* espressa dai professionisti sul campo, e si sviluppa nel lavoro congiunto fra ricercatori e partecipanti, come per la *ricerca-azione* (Coggi & Ricchiardi, 2005);
- Ricerche partecipative: hanno uno scopo *trasformativo* e *performativo*, volto al riconoscimento e alla creazione di un'identità ibrida della conoscenza. Fra questo tipo di ricerche ricordiamo quella *cooperativa* (Reason et al., 1992; Heron & Reason, 1985), quella *art-based* (McNiff, 2008; Fraser & al Sayah, 2011) e la *duoetnografia* (Sawyer et al., 2012);
- Digital media research: nel mondo qualitativo merita un discorso a parte. Si può avvalere del *digital storytelling* (inteso come espediente multimediale) dei social

media e degli ambienti virtuali per l'educazione sanitaria (Aeberson & Tschannen, 2015).

Com'è intuibile, non ci occuperemo di metodologie che introducono espedienti multimediali, in quanto l'obiettivo principale è quello di indagare la *consapevolezza* linguistica. Essendo una ricerca che non nasce da una richiesta del campo ma da un gap presente nella letteratura scientifica, l'impianto più pertinente è quello osservativo. Tale impianto propone almeno quattro modi di fare ricerca, che differiscono fra loro sia dal quesito al quale intendono rispondere, sia dalla natura del fenomeno che intendono indagare (Mortari & Zannini, 2017), come dimostrato dal seguente esempio per studiare la depressione:

- Grounded Theory: è volta all'esame di un *processo* o di un cambiamento, e risponde alla domanda: "com'è il processo per arrivare alla depressione?" (Glaser & Strauss, 1967);
- Etnografia: mira allo studio approfondito di una *cultura* particolarmente eccezionale, raccogliendo narrazioni e testimonianze ma anche prodotti estetici creati dai partecipanti, note di campo, osservazioni, fotografie, manufatti ecc. Questo tipo di indagine cerca di rispondere al quesito: "Qual è la cultura della depressione in quel contesto specifico?" (Richards & Morse, 2007);
- Ricerche narrative: si concentrano specialmente sulla forma e sulla struttura delle storie che raccontano i partecipanti, sul significato di particolari eventi della vita, rotture, punti di svolta e momenti cruciali. Fra queste rientrano i metodi biografici (Merrill & West, 2012) e in linea di massima rispondono alla domanda: "Che tipo di storie raccontano le persone che hanno la depressione?";
- Fenomenologia: indaga le rappresentazioni e il mondo dei partecipanti in merito a un fenomeno particolare di cui fanno esperienza. Vi sono diverse lenti epistemiche con cui far ricerca, le quali sono più o meno pertinenti in base allo scopo che ci si propone. Il quesito principale di questo genere d'indagine è: "Qual è la rappresentazione del mondo di chi si sente depresso?", ma è necessario distinguere almeno due modalità di rapportarsi alla letteratura di riferimento:

- *Fenomenologia pura* (Giorgi, 1985): dove il ricercatore è invitato a fare *epochè* sulle teorie relative al fenomeno indagato;
- *Interpretative Phenomenological Analysis* (I.P.A.) (Smith, 2004): in cui non si esclude una ricerca bibliografica preliminare.

Essendo il quesito di ricerca nato da un gap presente in letteratura, l'IPA si dimostra la forma di ricerca più adatta per questo studio. L'etnografia potrebbe sembrare pertinente, tuttavia essa richiede un'immersione totale nel contesto di una determinata cultura: ciò implica investire tempi e risorse maggiori. Richiede, inoltre, di raccogliere molteplici fonti non sempre reperibili nei contesti sanitari. Inoltre, è necessario considerare tutte le possibili implicazioni per i pazienti sul sentirsi osservati, in un setting clinico dove non sempre si sentono a proprio agio. Sono pertanto fondamentali le implicazioni etiche ed emiche¹² che una ricerca di questo tipo comporta. In seconda istanza, dato che l'obiettivo è centrato sulle rappresentazioni dei curanti e sulla loro consapevolezza, una ricerca etnografica che coinvolga anche i pazienti non risulterebbe perfettamente coerente con la domanda di ricerca. Esplorando la natura del fenomeno descritto e non la funzione della storia raccontata dai partecipanti, anche il modello narrativo sarebbe poco coerente. Potrebbe essere interessante uno studio centrato sulla Grounded Theory, la quale studia il modo in cui alcuni fenomeni nascono, si sviluppano e cambiano nel corso del tempo, approfondendone i significati simbolici. Tuttavia, come per la fenomenologia pura e per alcune forme di etnografia, essa richiede che il ricercatore entri in campo sprovvisto di conoscenze pregresse (Tarozzi, 2008), ma data la natura del quesito di ricerca anche tale metodo d'indagine non si rivela in linea con questo studio.

2.2. Lo sguardo fenomenologico nella ricerca qualitativa

Van Manen (1990) ha distinto quattro orientamenti fenomenologici per la ricerca: trascendentale, esistenziale, ermeneutico e linguistico. L'orientamento *trascendentale* (Husserl, Fink, Tynienccka, van Breda, Giorgi) ammette la possibilità di un'interpretazione dei fenomeni che sia basata su un'intenzionalità "senza presupposti", pertanto nella metodologia non si annovera una ricerca bibliografica preliminare. Il

¹² Come l'etnografia nacque dall'antropologia, così i termini etico ed emico ebbero origine dalla stessa disciplina, intendendo per *etico* tutto ciò che concerne costumi e valori che appartengono a una certa conformità sociale (ai quali il ricercatore deve prestare fede), mentre per *emico* s'intende una serie di attitudini, comportamenti e credenze dei "nativi" di quella cultura specifica (i partecipanti).

paradigma *esistenziale* (Heidegger, Sartre, de Beauvoir, Merleau-Ponty) introduce la relazione fra uomo e ambiente o ‘essere-nel-mondo’, limitando tuttavia l’interpretazione a misura d’uomo, diversamente da quello *linguistico* (Blanchot, Derrida, Foucault), che invece pone la conoscenza direttamente nel linguaggio e nel testo anziché nell’esperienza vissuta dagli esseri umani (van Manen, 2006; Richards & Morse, 2007). La lente fenomenologica più vicina a questo studio è quella *ermeneutica*, la cui teoria principale afferma che:

Gli esseri umani acquisiscono conoscenza attraverso il linguaggio e la comprensione. Comprensione e interpretazione sono interconnesse e l’interpretazione è un processo evolutivo (ivi, p. 48).

Gli autori più conosciuti sono Heidegger (1976), Gadamer (1994), Ricoeur e van Manen, i quali utilizzano simboli, miti, religione, arte e linguaggio nelle loro interpretazioni (Richards & Morse, 2007). Il loro sguardo offre un modello di ricerca descrittivo, riflessivo, interpretativo e ingaggiante, col quale può essere raggiunto il cuore di un’*esperienza*, che è considerata la percezione di un individuo circa la sua presenza nel mondo, nel momento in cui le cose, la verità o i valori si costituiscono (van Manen, 1990). Come la neuro-fenomenologia insegna (Thompson & Varela, 1999), ogni conoscenza è necessariamente *situata* perché ciascun organismo vive e si sviluppa in *accoppiamento strutturale* con il suo ambiente (Maturana & Varela, 1988; 1992): non vi è una conoscenza che possa dirsi puramente “oggettiva”, perché che non possiamo comprendere nulla che non sia traducibile dal nostro sistema neurale e senziente (Rudrauf et al., 2003, p. 34). Ciò non implica semplificare l’esistenza con dei “miracoli di circuiteria neuronale” (Bateson & Bateson, 1989, p. 148), ma indica che qualsiasi attività rivolta alla *comprensione* e all’adattamento, è guidata da un processo circolare fatto di tentativi ed errori, che ci permette di rispondere nel modo più adeguato possibile ad una moltitudine di stimoli ambientali. A volte le risposte non sono sufficientemente adeguate per affrontare certe situazioni, pertanto il nostro sistema può entrare “in crisi” e, in mancanza di alternative, ricerca informazioni inedite (*abduzione*). La capacità di auto-organizzarsi (*autopoiesi*) degli organismi viventi è contemporaneamente indipendente dall’ambiente ma vincolata alla relazione che ha con esso. Per esempio, il nostro corpo è in grado di regolare autonomamente la sua temperatura, senza apprendere dal contesto come si fa. Eppure, è in relazione all’ambiente che avviene la nostra termoregolazione. Pertanto, per concentrarsi sull’*esperienza* vissuta è necessario tenere presente che ogni comportamento umano avviene all’interno di un ambiente, in una dinamica incessante di relazioni fra cose, persone, eventi e situazioni (Maturana & Varela, 1992).

3. Metodologia di ricerca

Al fine di ottenere dati di qualità sulle metafore nella Medicina, si è scelto di raccogliarli in assonanza all'approccio descritto finora, per evidenziare alcuni elementi chiave nella complessità del dominio linguistico. In letteratura, la fenomenologia viene usata per studiare le metafore mediche, perché è in grado di cogliere il significato autentico della *vision* dei partecipanti, al di là degli stereotipi culturali (Rodriguez & Bélanger, 2014): tale approccio cattura traiettorie e punti di svolta presenti nel dialogo, ricostruito tenendo conto del contesto culturale, organizzativo e sociale in cui l'esperienza prende forma. La postura del ricercatore fenomenologo sarà attenta a cogliere i ritratti dell'esperienza, sapendo che:

- Una *descrizione* è una percezione, che è una forma di interpretazione;
- La *presenza* è vitale per comprendere l'esperienza vissuta;
- L'*intenzionalità* è una caratteristica fondamentale per raggiungere la conoscenza.

Tramite la sua descrizione (accompagnata dal ricercatore), è possibile rintracciarne i dettagli così come le strutture portanti, per capire situazioni analoghe e offrire ai soggetti coinvolti maggiore consapevolezza.

3.1. Interpretative Phenomenological Analysis

Sviluppato da Smith nell'ambito psicologico, l'IPA è un modello qualitativo che studia prevalentemente argomenti esistenziali, elementi di passaggio, decisioni importanti, l'impatto delle malattie e altri momenti rilevanti nella vita degli esseri umani (Smith et al., 2009), toccando trasversalmente il tema dell'*essere-nel-mondo*, e indagando come gli individui attribuiscono un significato agli eventi. Una ricerca che segue questo modello si basa sulla coerenza fra epistemologia, metodologia e corpus di studi empirici svolti. L'IPA segue un processo chiamato *allitterazione analitica*, che è:

- *Idiografico*: non mira a creare una legge valida in tutti i contesti ma cerca di capire in dettaglio le rappresentazioni di un piccolo caso specifico. Per tale motivo, la grandezza ideale dei campioni è circoscritta intorno a 10-15 persone;

- *Induttivo*: è una forma di ragionamento che procede dal particolare al generale, non genera una regola universale ma cerca di cogliere i punti essenziali di quanto è stato vissuto, che emergono dai dati;
- *Interrogativo*: è un'attitudine che tende a superare le evidenze, analizzando in profondità i contenuti latenti di ciascuno.

Questo processo di analisi si basa su due presupposti che sono fondamentali per interpretare i dati (Ricoeur, 1978; Smith, 2004):

- *Ermeneutica del sospetto*: mediante il quale il ricercatore è portato a interrogare profondamente i materiali non accontentandosi di ciò che sembra scontato;
- *Ermeneutica della ricostruzione del significato*: che consiste nel ricreare il senso attribuito ai dati da parte dei partecipanti, dopo averli destrutturati, per comprenderli in modo più organico e riflessivo.

Avvalendosi di lenti olistiche, l'IPA celebra i legami sotto-disciplinari e gli strumenti privilegiati sono l'intervista semi-strutturata e il focus group (Smith, 2004; Smith et al., 2009).

3.2. Campionamento

Secondo la metodologia scelta, più piccolo è il campione e più grande sarà la qualità dei dati (Mortari, 2009): è stato quindi individuato un gruppo di 15 persone, in collaborazione con un mediatore esperto nel settore, scelto con un *campionamento propositivo*.¹³ La Tabella 6 riporta la distribuzione del gruppo:

Professione	Esperienza	Genere	Nr. partecipanti
Medico di MG	Oltre 10 anni	Donna	4
	Specializzando - Sostituto (meno di 10 anni)	Donna	1
	Oltre 10 anni	Uomo	1
	Specializzando - Sostituto (meno di 10 anni)	Uomo	3
Infermiere	Oltre 10 anni	Donna	1
	Studente - Tirocinante (meno di 10 anni)	Uomo	1
Segretaria	Oltre 10 anni	Donna	1
	Meno di 10 anni	Donna	2

Tabella 6. Costituzione gruppo dei partecipanti alla ricerca.

¹³ Il campionamento propositivo è molto usato nella ricerca qualitativa in materia di sanità, per l'identificazione e la selezione di casi ricchi di informazioni sul fenomeno di interesse (Palinkas et al. 2015).

3.3. Strumenti e procedura

Sono stati condotti due cicli di *interviste fenomenologiche* a distanza di un mese fra loro: la prima di tipo semi-strutturato (Tabella 7) e la seconda libera. Entrambe sono state pensate per una co-costruzione intersoggettiva della conoscenza, fra ricercatore e intervistato, sia sull'oggetto d'indagine che sui modi di raffigurarlo, nei suoi limiti e risorse. La scelta di due strumenti differenti non è stata casuale, bensì mirata a raccogliere eventuali dati, teorie e riflessioni che non sono state sufficientemente saturate con la prima intervista. All'inizio di ogni incontro, i partecipanti sono stati informati dalla ricercatrice in persona sullo scopo e sui motivi della ricerca. Soltanto dopo aver letto e firmato il consenso informato e il trattamento dei dati personali, si è potuto dare avvio alla conversazione. Ogni attore coinvolto nella raccolta dati ha avuto una postura specifica:

- *Ruolo dell'intervistatore e agency.* L'approccio ermeneutico si distingue con l'esplorazione di un concetto pedagogicamente rilevante: in un percorso di riflessione, scrittura, riscrittura e analisi tematica, il ricercatore è invitato a cogliere la descrizione degli intervistati, interpretandola per coglierne il significato;
- *Ruolo dei partecipanti.* Essendo i veri esperti nella ricerca, è stato chiesto loro di riflettere sulla propria esperienza professionale, sentendosi liberi di abbandonare il progetto in ogni momento e di chiedere la definitiva eliminazione dei dati che li riguardano, senza fornire spiegazione alcuna.

Data la difficoltà di introdurre un concetto poco "evidente" nel mondo della sanità, nella prima parte dell'intervista è stata curata la cornice di ricerca, introducendo un esempio metaforico per creare un punto di partenza "comune" ove attivare riflessività (Tabella 4). Partendo da una citazione di Michael Hanne sulle metafore in medicina, traducibile in italiano con "la nausea giunge *a ondate*" (Hanne, 2003, p. 225), abbiamo proposto un esempio simile (la testa che gira, pulsa, brucia, scoppia), per capire se i partecipanti la riconoscessero come tale o meno. La fenomenologia infatti può evidenziare degli *insight* nell'apprendimento di alcuni concetti dei quali gli individui precedentemente non erano consapevoli, ma che possono riconoscere: l'esperienza che conferma (domanda 2 e 4) il riconoscimento della metafora come tale da parte dell'intervistato viene chiamata "segno fenomenologico" (*phenomenological nod*). Qualora ciò non fosse accaduto, è stato necessario fare un lavoro, più profondo, di scavo

attorno ai significati e all'importanza che il linguaggio ricopre nella loro professione. Quando emerse, sono state esplorate svolte cliniche, *best practices* e teorie professionali. Nella seconda parte dell'intervista, invece, è stato toccato il tema della formazione, provando a ricordare alcune metafore incontrate nel loro percorso educativo.

Nuclei tematici	Domande guida	Scelte di metodo
Comunicazione con i pazienti	A seconda che un paziente dica che la sua testa, "pulsì", "giri" o "scoppi", un medico è in grado di orientarsi verso una diagnosi corretta... 1. Nel suo lavoro, le capita di incontrare pazienti che usano queste metafore? - <i>Nota delle differenze di genere sull'uso di queste espressioni?</i> - <i>E di età?</i> 2. Quando i pazienti devono riferirle una situazione "delicata", usano metafore per affrontare il discorso?	Primo stimolo linguistico Esperienza di conferma (2): la risposta 1 può cambiare in base al genere e all'età
Pratica professionale	3. Prestando fede alla sua esperienza, trova utile usare le metafore? - <i>Se sì, con quali patologie?</i> - <i>Ci sono casi in cui è preferibile non usarle?</i> 4. Quando un paziente le porta un referto specialistico, le capita di usare metafore per spiegare cosa significano?	Esperienza di conferma (4): la risposta 3 può cambiare in base al motivo della consulenza medica.
Formazione	5. Pensando alla sua formazione, ricorda delle metafore che sono state usate da docenti o sui testi (es. per imparare meglio un concetto)? - <i>Per esempio?</i>	Se la riflessione non si attiva, introduzione del secondo stimolo linguistico : "Sto pensando ad alcune espressioni come 'le corde vocali', 'la gabbia toracica', 'il pomo d'Adamo'... secondo lei sono metafore?"
Suggerimenti per la futura formazione	6. Restando sulla sua esperienza, pensa che riflettere su questi aspetti nella formazione ECM e in quella dei futuri curanti possa essere utile? - <i>Se sì, in che modo?</i> - <i>Se no, cosa sarebbe necessario fare?</i>	
Riflessioni ulteriori	7. C'è qualcos'altro che vorrebbe aggiungere?	

Tabella 7. Traccia dell'intervista semi-strutturata.

Le 30 interviste totali sono state audio-registrate integralmente con un dispositivo digitale di solo uso e appartenenza della ricercatrice. Per motivi organizzativi vincolati a necessità contestuali, la durata media è di 30 minuti. Per la trascrizione delle interviste è stata seguita la procedura proposta da Smith et al. (2009) al fine di rispondere fedelmente all'approccio metodologico scelto. Ogni trascrizione è stata resa anonima e classificata con un codice identificativo, di cui soltanto l'intervistatrice e il partecipante sono a conoscenza. Successivamente, le tracce audio sono state eliminate. Insieme alle interviste, l'IPA prevede anche la scrittura di memo personali del ricercatore (visione *prima persona*) da affiancare alle interviste (per triangolare *seconda e prima persona*). In seguito è possibile confrontarli con la letteratura (*terza persona*) per la discussione dei dati (Smith et al., 2009). La scrittura dei memo ha seguito alcuni punti di attenzione di

contesto e di relazione, includendo l'andamento della ricerca, interruzioni, passaggi significativi, risonanze e contrapposizioni.

4. Metodo di analisi

L'analisi si basa su due principi che sono il *principio di evidenza* e il *principio di trascendenza*. Con il primo si intende che la direzione dell'analisi viene suggerita dal fenomeno stesso e non da idee preconcepite, pertanto i risultati non dovranno rispecchiare le domande dell'intervista ma il significato fondamentale dell'esperienza di un individuo, che emerge dall'interazione autentica, riflessiva e dialogica fra ricercatore e partecipante (Tarozzi & Mortari, 2010). Con il secondo principio si sostiene che l'analisi trascende l'apparenza del dato, scavando in profondità per rintracciare la conoscenza strutturale dei soggetti, che non è la somma di esperienze giustapposte. Il processo di selezione dei dati richiede di mantenere i seguenti criteri metodologici:

- *Sistematicità e rigore*: per ridurre la mole complessiva dei dati;
- *Interpretazione*: dalla dimensione descrittiva si passa a quella interpretativa, che non è una semplice categorizzazione dei dati una delle possibili interpretazioni dell'esperienza;
- *Trasparenza*: l'analisi è basata su esempi riscontrati nei dati, pertanto non mira a validare un'ipotesi preconstituita o teorie ritrovate nella bibliografia;
- *Plausibilità*: i risultati devono avere senso per tutti i partecipanti coinvolti nella ricerca, tenendo conto delle analogie e delle differenze.

L'IPA studia ciascun caso più volte fino alla saturazione, facendo emergere temi individuali e collettivi che consentiranno di rintracciare analogie e differenze nel gruppo di lavoro. Questo metodo segue sei passaggi:

1. Raccolta e codifica dei dati, così come i dati vengono raccolti e creati;
2. Annotazione di riflessioni e *insight* del ricercatore;
3. Selezione e organizzazione dei dati per identificare frasi simili, relazioni, pattern, temi, elementi distintivi e sequenze comuni;
4. Individuazione dei pattern o di processi comuni e differenti, ed estrazione di questi ultimi in sotto-sequenze di analisi;
5. Elaborazione graduale di un piccolo set di generalizzazioni che coprono la consistenza del database (verifica della saturazione dei dati);

6. Confronto delle generalizzazioni con quelle della letteratura accademica in forma di costrutti e teorie.

L'analisi dei dati è il frutto delle sei fasi ricorsive, che vanno dal particolare di ciascuna intervista all'universale del fenomeno vissuto dai partecipanti (*bottom-up*), seppur rappresentato da diversi punti di osservazione (Smith et al., 2009). Ciò non implica raggiungere una generalizzazione dei dati ma significa cogliere una rappresentazione originale, che appartiene soltanto al contesto studiato. L'approccio scelto (Chan et al., 2010) collega l'uso delle metafore alle teorie implicite apprese prima e durante la pratica clinica, per raggiungere una conoscenza approfondita di conoscenze, competenze e capacità tacite. La rilettura delle interviste verifica che ogni tema sia facilmente riconoscibile, tenendo conto di una pluralità di dimensioni (cognitiva, etica, corporea, emotiva ecc.). I risultati sono esposti in un set di categorie tematiche descritte e organizzate secondo una gerarchia, dalla quale emergono delle sotto-categorie. I temi sono illustrati dalle parole dei partecipanti, mostrando analogie e differenze fra prime e seconde interviste.

Infine, pur utilizzando il metodo IPA per l'analisi dei dati, si è scelto di seguire la strategia dello studio di caso per presentare i dati la quale, a differenza dello studio di caso come metodo (Mazzoni, 2017), non ha una procedura attuativa di metodo volto a conoscere o intervenire su un fenomeno, bensì ha la caratteristica di esaminare strategicamente i dati facendo emergere la relazione olistica che esiste fra le esperienze dei partecipanti rispetto al fenomeno indagato (Mortari & Zannini, 2017). Inoltre, per far sì che la categorizzazione non sia auto-referenziale, i dati sono stati triangolati con altre due persone esperte di formazione nei contesti sanitari. L'esperienza su cui si vuole far ricerca è di per sé complessa, poiché diversi protagonisti prendono parte alla sua costruzione, ma l'analisi fenomenologica non isola variabili, bensì definisce un evento nella sua globalità, relazionalità e temporalità, per scoprire il cuore di un fenomeno (Bertolini, 1988; Ghirotto, 2009) che riguarda tutti i protagonisti.

5. Eticità e vincoli

Secondo la prospettiva fenomenologica, il cuore della ricerca può essere scritto sotto forma di saggio o libro triangolando tutte prospettive, ciascuna descrivente una dimensione diversa dell'esperienza (Richards & Morse, 2007). Si è pensato di raccontare questa ricerca sotto forma di studio di caso: i risultati verranno restituiti ai partecipanti

sotto forma di report finale che sintetizza quanto emerso. Il gruppo coinvolto è nato vent'anni fa, componendosi di professionisti che condividono una sede principale in cui ricevere i pazienti, più due sedi in cui i medici possono esercitare la propria professione. L'ambulatorio principale è composto da tre studi medici, due sale d'attesa, un'infermeria, una segreteria e un desk per ricevere i pazienti. In questo contesto, le segretarie si occupano dell'organizzazione e gestione degli aspetti burocratici, collaborando sia con i medici che con l'infermiera. Sono inoltre impegnate nell'attività di front-office e hanno il compito di capire il tipo di urgenza che i pazienti hanno nel fissare gli appuntamenti delle visite mediche. Gli orari e i giorni di servizio del gruppo scelto sono pensati affinché la sua organizzazione possa rispondere in modo ottimale alle esigenze dei pazienti e del territorio in cui viene offerto il servizio. I medici e l'infermiera inoltre si occupano delle visite in ambulatorio e di quelle a domicilio, incontrando i pazienti in due contesti molto diversi, consentendo loro di avere una conoscenza più profonda della cultura e della vita dei pazienti, fondamentali per capirne le abitudini e gli stili di vita. L'infermiera è affiancata da uno studente di Scienze Infermieristiche in tirocinio, mentre i medici si alterano con gli specializzandi/sostituti. Il team originario è composto da 16 persone: un medico non ha partecipato alla ricerca per motivi personali. In principio erano previste delle osservazioni dei colloqui clinici, ma ciò non è stato attuabile per vincoli di contesto. Per lo svolgimento di questa ricerca è stata richiesta l'approvazione del comitato etico dell'Università di Milano-Bicocca e del comitato etico dell'ASL cui fa riferimento il gruppo coinvolto. La raccolta dati è durata tre mesi e le interviste si sono svolte negli ambulatori, nell'infermeria e in segreteria, a seconda delle disponibilità dei partecipanti.

V. Analisi dei dati

Sulla base dei dati raccolti, sono emerse cinque categorie (Tabella 8), affrontate trasversalmente nelle prime e nelle seconde interviste. Le categorie, a loro volta, contengono delle sottocategorie, che supportano l'analisi dei dati attraverso gli stralci narrativi dei partecipanti. In questi stralci, le metafore espresse dai partecipanti verranno riportate in corsivo, indipendentemente dalla loro categoria di appartenenza, mentre alcune espressioni verranno sottolineate per evidenziare l'importanza che queste espressioni ricoprono nell'interpretazione dei dati. I *verbatim* saranno riportati con la professione, il genere e un numero identificativo del quale solo la ricercatrice e il singolo partecipante sono a conoscenza.

Categoria	Definizione
Rappresentare le metafore in modo ambivalente	Rappresentazioni riscontrate nella descrizione delle metafore da parte dei curanti, in relazione ai pazienti e nel mondo della formazione.
Riconoscere il valore delle metafore in ambito clinico e professionale	La capacità dei professionisti di individuare e riconoscere la presenza di metafore nella propria formazione, e l'uso da parte propria e dei pazienti nella propria pratica professionale.
Indicare vantaggi e benefici sull'uso professionale di metafore	Situazioni cliniche in cui i professionisti usano consapevolmente le metafore nell'incontro con il paziente.
Segnalare effetti e limiti nell'uso professionale di metafore	Motivi per cui è preferibile evitare di utilizzare le metafore, poiché vi sono rischi e limiti che hanno un impatto o sulla propria professionalità o nella relazione con il paziente.
Utilizzare inconsapevolmente le metafore	Momenti in cui i professionisti descrivono determinate tematiche ricorrendo ad espressioni metaforiche, senza esserne consapevoli.

Tabella 8. Categorie di analisi e definizioni.

1. Rappresentare le metafore in modo ambivalente

Nella prima categoria si è cercato di identificare quali fossero le rappresentazioni dei partecipanti rispetto alle metafore, sia vive che morte. La scelta di non classificarle in “concettuale”, “processuale”, “letterale” è guidata dal fatto che per ciascuna di queste

metafore, il *meta-messaggio* sia sempre lo stesso (“non leggermi alla lettera”).¹⁴ Il discorso assume una connotazione diversa nella distinzione fra metafore vive e metafore morte: infatti, mentre nelle metafore vive il pensiero abduttivo permette di prelevare dal significato letterale della frase tutte le informazioni necessarie per comprendere l’analogia, creando nuova informazione, nelle metafore morte l’informazione è saturata poiché l’associazione è già familiare all’interlocutore, pertanto il meta-messaggio perde il suo valore, dato che la metafora assume un senso convenzionale (Semino, 2008). Cogliere o meno il meta-messaggio all’interno di una frase è una competenza d’ascolto che permette al curante di non fermarsi all’apparenza del dialogo, cercando di interpretare i significati che soggiacciono nella comunicazione col paziente. Con i nodi fenomenologici abbiamo provato a scoprire se i partecipanti riconoscessero o meno il meta-messaggio presente in entrambe le metafore. Le sottocategorie estratte sono le seguenti:

1. Rappresentazione delle metafore “vive”;
2. Rappresentazione delle metafore “morte”.

1.1. Rappresentazione delle metafore “vive”

Partendo dall’esempio metaforico sul mal di testa, abbiamo cercato di capire anzitutto se i partecipanti concordassero o meno sul riconoscimento di tale espressione come metafora. In prima istanza, i professionisti hanno riconosciuto l’esempio proposto, integrando altre metafore provenienti dai dialoghi con i pazienti:

Spessissimo. Quotidianamente. La “testa che *scoppia*”, “ho la schiena come se avessi un *cane che morde*”, un “*chiodo* nella schiena” sostanzialmente. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

Sì, sì sì. Eh, non solo queste ma anche, sì, di altro genere. Tipo stamattina mi è proprio capitato un paziente che mi ha detto “*ho un alveare in testa*”, per dire, quindi, oppure “*ho un cane che mi morde*”, sono espressioni frequenti. (Medico 10, donna - Intervista 1).

Molti di loro hanno intercalato la presenza di metafore nei colloqui con i pazienti, rappresentandole come un linguaggio “variopinto” contrapposto al linguaggio medico:

Sì beh, sempre. Anche perché molto spesso noi interpretiamo il sintomo in base al modo in cui siamo abituati a sentire il paziente che lo esprime, e spesso anche noi nelle spiegazioni ci adeguiamo poi a non parlare il “medichese”. (Medico 1, donna - Intervista 1).

Sicuramente sì, spesso capita che va bè, avendo un’attività di front office e a volte i pazienti passano qui in studio o la sera nella fascia oraria delle urgenze, chiedendo una visita per il medico e sì, per definire uno stato di salute che non è sicuramente buono utilizzano dei modi di esprimersi così un pochino magari più

¹⁴ Repetita iuvant.

“variopinti?”, si capita. Per esempio, si la testa che scoppia, adesso mi riesce difficile ricordare... però si capita che utilizzino dei modi di esprimersi che non sono termini propriamente medici ecco. (Segretaria 3, donna - Intervista 1).

La descrizione di un sintomo a volte è estremamente minuziosa e anche a volte “bizzarra”, nel senso che non sempre corrisponde ai canoni, (per esempio la descrizione del dolore), ai canoni che noi abbiamo in testa, per cui vengono utilizzati a volte vocaboli che sono non solo vocaboli dialettali, che ci può anche stare con alcuni pazienti, però anche proprio una *specificazione minuziosa*, assolutamente sì. (Medico 6, donna - Intervista 1).

Le metafore espresse dai pazienti sono dunque considerate fondamentali per comprendere i loro sintomi, anche se esse non sempre corrispondono ai canoni utilizzati per descrivere determinati sintomi. Quando tali espressioni escono da quei canoni, le metafore dei pazienti sono considerate “bizzarre”. Per attinenza retorica, nel riconoscere l’uso di metafore da parte dei pazienti, a volte i partecipanti hanno associato queste espressioni all’uso di altre figure retoriche, come le onomatopee o le iperboli:¹⁵

La “testa come un *pallone*”, la “*farfalla* nel torace” ... il batticuore, le palpitazioni, altre, si ci sono. I rumorini nella pancia sono un classico per esempio, descrivono i *gorgoglii* oppure il rumore del *ruscello*. (Medico 2, uomo- Intervista 1).

Loro per indicare queste fitte fanno tipo “shhh” e ti riproducono il suono del vento, oppure ti dicono “sento l’aria che mi passa attraverso le ossa” e ti riproducono anche il suono che secondo loro fa l’aria dentro le loro ossa. (Infermiere 12, uomo - Intervista 1).

Molte volte un paziente utilizza dei termini anche “esagerati” per esprimere la propria opinione oppure il proprio malessere. Loro [professionisti con più esperienza] riescono maggiormente a ricondurre la sintomatologia a una patologia specifica, magari non eccessivamente grave, mentre io prendo un po’ per buono quello che mi dicono. (Infermiere 12, uomo - Intervista 1).

Essendo un’intervista basata ad indagare l’esperienza, i curanti hanno ancorato l’esempio proposto al significato che le metafore ricoprono nella prassi clinica. In questa sottocategoria, la metafora portata dal paziente viene interpretata come un’espressione non propriamente scientifica che invita il curante a rielaborare l’informazione secondo le terminologie mediche: tali metafore aiutano i pazienti a formulare il loro pensiero o il loro vissuto, lasciando alla perspicacia del curante il compito di intendere il significato profondo di quanto essi esprimano. L’espressione di una metafora chiama il curante a

¹⁵ L’*onomatopea* è una figura retorica che riproduce, attraverso dei suoni linguistici, il rumore o il suono associato a un oggetto o a un soggetto a cui si vuole fare riferimento. Le onomatopee cercano di imitare suoni esistenti, ma in base a impressioni che variano a seconda dei parlanti nelle diverse lingue. Esempi di onomatopee sono: “gracchiare, strisciare, bisbiglio, rimbombo, ticchettio, formicolio, gorgoglio ecc.” e alcuni suoni diventati parole come “toc toc”, il “tic tac”, “shh”. L’*iperbole* consiste in un’esagerazione di un significato amplificandolo per effetto o per difetto (es. “non ci vediamo *da un secolo*”, “hai il colesterolo *alle stelle*”).

svolgere un lavoro di specificazione e di traduzione di quanto riporta il paziente in termini clinici, poter giungere a una diagnosi appropriata:

Noi siamo le immagini che abbiamo interiorizzato. Che facciano parte dei nostri vissuti, o che facciano parte dei vissuti che gli altri ci hanno donato raccontandocene, le parole e il linguaggio, le descrizioni di quelle immagini, e quindi le metafore sono continuamente presenti. Il paziente che arriva, difficilmente mi dice "ho una crisi ipertensiva". Viene e mi dice "mi *gira* la testa, ho le *farfalle* in testa, sento le orecchie che *bruciano*, mi *palpita* qualcosa dentro lo stomaco...". Il lavoro è una *decostruzione* della metafora che il paziente porta, trasformandola nell'argomento, nella classificazione nosologica studiata ai tempi dell'università. (Medico 7, donna - Intervista 1).

Sì, sì sì, spessissimo. A volte è il medico che deve chiedere e specificare, cioè per quello che ho notato, il paziente viene con un sintomo poi, pian piano che si approfondisce l'anamnesi, questo sintomo può cambiare, può essere più o meno specificato. Nel senso, spesso i pazienti con un dolore al petto vengono e ti dicono "ho male al petto", per cui sta a te chiedere se è più una *puntura*, uno *spillo*, una *pugnalata*, un *peso* o un *bruciore*. Comunque è molto frequente. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

Sembra dunque che alcuni medici sollecitino il paziente a esprimere delle metafore, al fine di comprendere meglio i suoi sintomi. Altri professionisti, invece, hanno localizzato la metafora proposta nelle esperienze di descrizione del dolore da parte dei pazienti, percependo l'esempio come una serie di *caratteristiche* o descrizioni di determinate sintomatologie:

Beh, ma queste sono caratteristiche che se il paziente non tira fuori devono essere indagate, per indagare per esempio i diversi tipi di cefalea, per capire se è una cefalea pulsante o se, è proprio importante capire se pulsa o se gira la testa e queste cose qua... e quindi sì. (Medico 5, donna - Intervista 1).

Tutti quelli che mi ha detto lei sicuramente, nel senso che quelli già caratterizzano il dolore, però anche come *spilli*, come *spine*, assolutamente. Per esempio, nella descrizione del dolore no? Il farlo corrisponde a qualcosa che magari nella quotidianità hanno sperimentato o provato, quindi... l'*ortica*. Cioè descrizioni di questo genere, che corrispondono magari a delle situazioni di contatto con oggetti oppure con vegetali piuttosto che... (Medico 6, donna - Intervista 1).

Sì, sì. Più però per cefalee che altro, riferiscono questa sintomatologia. A volte per qualche dolore anche magari agli arti inferiori, hanno la sensazione di qualcosa che pulsi. Il dolore di tipo infiammatorio spesso lo descrivono così. (Medico 8, donna - Intervista 1).

Sì. Mi capita di sentirli, ogni tanto magari sono un pochino da indirizzare nel discorso, perché l'esordio è quasi sempre "ho un mal di testa tremendo" o magari ecco ce n'è qualcuno di quelli che ha citato più frequente, come può essere "mi scoppia la testa", "mi è scoppiata la testa per tutta la notte" ... mentre già ricercare un termine come può essere il dolore pulsante o un dolore localizzato, vanno magari un po' orientati nella descrizione del dolore ma poi ci si arriva. Quindi, chiedendogli che tipo di dolore è, se lo sentiva - mettiamola così - più diffuso, più localizzato, se poteva andare a ritmo o meno con le pulsazioni cardiache, quindi legato a un discorso pressorio, allora poi arriva la percezione del paziente sulla

caratteristica dell'essere *pulsante* o dell'essere *trafittivo* o dell'essere ben localizzato o no, però bisogna un po' magari, ecco, indirizzarlo nella stesura della descrizione. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Il primo esempio metaforico ha generato un livello di riconoscimento piuttosto omogeneo, seppur con delle variazioni di prospettiva: per alcuni nella narrazione dei pazienti (inclusa l'espressione di altre figure retoriche), per altri nell'importanza che ricoprono nella pratica, per altri è stata riconosciuta nella caratterizzazione di una sintomatologia. Pur essendo stata saturata con le prime interviste, questa sottocategoria trova una piccola conferma in una seconda intervista a proposito delle onomatopoeie:

Sì, il dolore magari viene descritto con delle metafore, appunto quello che dicevo la volta scorsa, che mi ha colpito sin dall'inizio perché l'ho sentito dire da più persone, uguale per descrivere lo stesso dolore, che è il mal di schiena, e dicono appunto che hanno "un cane che morde", e quello è una cosa che mi era entrata già dentro tempo fa, quando ancora non ci eravamo conosciute. E quindi sì, nel descrivere il dolore, i sintomi addominali, il gonfiore anche è tanto frequente... sì, tipo i *formicolii*, questi fastidi a livello cutaneo, sì. (Medico 10, donna - Intervista 2).

1.2. Rappresentazioni delle metafore "morte"

Un effetto diverso sulla cognizione dei nostri partecipanti lo hanno avuto le metafore morte. Il riconoscimento di queste rappresentazioni è stato saturato con le prime interviste, ma modalità di riconoscimento sono state molto graduali. Riflettendo sulle metafore presenti nella loro formazione infatti, alcuni partecipanti hanno proposto spontaneamente degli esempi senza necessità di suggerimenti da parte della ricercatrice. La maggior parte di questi esempi deriva dal campo dell'anatomia e della fisiologia:

Il mantice aortico. Nel funzionamento della *pompa* cardiaca viene fatto questo paragone con il mantice per spiegare come viene deviato il flusso sanguigno. (Medico 1, donna - Intervista 1).

Per esempio il discorso della circolazione viene spesso paragonato ad un sistema idraulico, perché hai una *pompa* che è il cuore e dei *tubi* che sono i vasi ... noi studiamo fisica e su quello si basa la maggior parte della fisiologia umana. In linea teorica, tante parti del nostro corpo hanno dei principi di fisica, di fisiologia, di emodinamica. Sì quello sì. Soprattutto per quanto riguarda il sistema cardiocircolatorio. Anche per quanto riguarda il sistema neurologico, per esempio la trasmissione degli impulsi. Alla fine sono *impulsi che viaggiano* sulle fibre nervose e sono impulsi comunque... c'è una differenza di voltaggio o per giustificare la trasmissione di un impulso nervoso dalla periferia al cervello, e anche lì utilizzi la fisica. (Medico 2, uomo - Intervista 1).

Sì, ad esempio la cosa che mi viene più in mente è il cuore come *motore*. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Beh. Le articolazioni son tutte *leve*. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

Beh sì ci sono, nella terminologia proprio medica, ci sono delle parole che sono state prese e utilizzate per spiegare un determinato ambiente, come può essere tutti gli organi del torace chiusi dentro questo *sistema di coste*, articolato, dietro con la *colonna* vertebrale, davanti con lo sterno formano un po' questa micro *gabbia* che viene chiamata gabbia ma che poi gabbia non è, perché voglio dire, l'idea di gabbia nella terminologia comune è un'altra... e questa però avendo le coste, avendo una struttura, sembra un po' e quindi viene definita gabbia toracica, ma non è una gabbia. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Mi viene in mente un esempio che abbiamo fatto giusto qui con il medico, della *cassa* timpanica. Non è una vera e propria cassa però comunque la spieghi così. Cioè tutto dentro risuona. La *gabbia* toracica anche, perché comunque sappiamo che non è una vera e propria gabbia, cioè non chiude tutto al 100% anzi. (Infermiere 12, uomo - Intervista 1).

Quest'ultimo passaggio fa intuire che, tra un'intervista e l'altra, i partecipanti hanno potuto dialogare fra di loro e riflettere sulle metafore, sui loro significati e sulle loro rappresentazioni. Sembra interessante approfondire questo passaggio, perché le metafore morte possono essere viste anche come terminologie sbagliate:

Si può dire che sia una terminologia sbagliata che è stata associata come modo d'uso, piuttosto che la *cassa* timpanica, ecco mettiamola così, la *cassa di risonanza* del timpano ha un utilizzo specificatamente sonoro, quindi è stato utilizzato questo termine di cassa di risonanza, che è stato adottato con un po' di leggerezza, perché ti rimane molto più facilmente piuttosto che "stanza media a scala media...", cioè sono terminologie più colloquiali, è vero, ma che sono un po' più a portata di memoria. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Con altri partecipanti, sono state condivise alcune metafore morte (la gabbia toracica, il bulbo oculare, il pomo d'Adamo, i vasi sanguigni ecc.), per poter indirizzare la riflessione su questo specifico fenomeno linguistico. Tale scelta vaglia il possibile non riconoscimento dell'espressione come metafora da parte loro: riflettendoci, alcuni hanno convenuto che potessero anche essere considerate tali (*phenomenological nod*). In questi casi, lo spiazzamento ha svolto una funzione pedagogica molto importante: pur avendo una postura di ricerca, quando sovviene un'incertezza, così come quando si genera un insight, il ricercatore può intuire che in quel momento il partecipante ha permesso ai propri presupposti di incontrare quelli dell'altro, mettendo in gioco i propri apprendimenti:

No, su testi scientifici no. L'ho letto su, non so, magari andavo a cercare qualcosa su dei siti su internet oppure dei libricini divulgativi dove magari non so, infatti dalle ASL, dove magari c'era l'uso un po'... perché quelli erano destinati agli utenti e quindi magari usavano, adesso non... per il diabete... dove li ho letti? Non mi ricordo... Però no su testi scientifici no. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

Phenomenological nod 2. He. Non ci ho mai pensato. Non ci ho mai pensato. Sì. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

Ah sì. Sì sì, sono metafore. Che vengono effettivamente usate anche nei testi, probabilmente si trovano. [...] hanno la funzione di figurare in maniera più diretta ed efficace l'oggetto in questione, nel senso, scatola cranica ti viene subito in mente anche una certa conformazione, un'immagine. Ti viene subito in mente un'immagine nella testa, o gabbia toracica anche. (Medico 8, donna - Intervista 1).

Gradualmente, alla metafora morta viene attribuito un significato "medico":

Ah, non ci avevo pensato. Si potrebbero essere effettivamente. Anche se forse hanno più un significato medico, nel senso che forse hanno più un'immediatezza dal punto di vista medico pensare alla gabbia toracica, piuttosto che a una gabbia in sé. Nel senso che mi dà più l'idea di una cosa chiusa ma non l'immagine proprio della gabbia come la immaginiamo, come la vediamo noi, ma dal punto di vista medico. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Ma io, tipo questi termini li ho sempre considerati come un qualcosa di scientifico ecco, però pensandoci adesso, per esempio il *pomo d'Adamo* è, sì, possiamo dire che sia una metafora. (Medico 10, donna - Intervista 1).

Il *Pomo d'Adamo* sì. I *vasi sanguigni*, non saprei come definirli altrimenti... cioè il fatto è che *colonna vertebrale* e *vaso sanguigno* è proprio un termine tecnico. Quindi non so, penso sia proprio una metafora che è entrata nel linguaggio comune, quindi non so se è ancora definibile metafora o meno. Poi io lo posso chiamare rachide, però poi il paziente non capisce... (Medico 15, uomo - Intervista 1).

Per altri partecipanti invece, gli esempi proposti non sono considerati metafore:

No, io non le considero metafore. Per me definiscono... cioè, per me il *bulbo oculare* è la definizione di quella parte dell'occhio, per cui io - sarà che mi è sempre stata definita così eh - avendo nel passato avuto un esoftalmo molto importante, è sempre stato il bulbo oculare, non è mai stata utilizzata una terminologia diversa. Per cui per me non è una metafora. (Segretaria 3, donna - Intervista 1).

Beh, *colonna vertebrale* è un termine tecnico, *gabbia toracica* è un termine tecnico e *corde vocali* è un termine tecnico. Non sono delle metafore. (Medico 13, uomo - Intervista 1).

In alcuni questi stralci, la spiegazione che viene data dai partecipanti rispetto al perché quelle citate non siano metafore fa ipotizzare che queste ultime siano riferibili principalmente ad un linguaggio comune, distinto da quello sanitario.

2. Riconoscere il valore delle metafore in ambito clinico e formativo

Dalle interviste è emersa una seconda categoria, che riguarda l'uso di metafore in ambito clinico e formativo. Partendo da una riflessione basata sull'esperienza individuale, il riconoscimento delle metafore chiama necessariamente in gioco i presupposti culturali di ciascun partecipante, costruiti in un'ottica *lifewide* che sancisce la profondità di un apprendimento radicato in convinzioni, credenze e assunti impliciti. Sono state rilevate tre sottocategorie:

1. Uso di metafore da parte dei professionisti;
2. Uso diversificato delle metafore da parte dei pazienti;
3. Uso di metafore nella formazione sanitaria.

2.1. Uso di metafore da parte dei professionisti

La prima sottocategoria indaga l'uso consapevole di metafore nella pratica professionale. Con le prime interviste si riscontra che non tutti le utilizzino volontariamente, e in questo frangente vengono rappresentate come "linguaggio semplice":

Sì penso di sì... Adesso nello specifico, avrei dovuto farci più attenzione nei giorni scorsi... ma sicuramente sì... [...] si cerca sempre di farla nel modo più semplice possibile, poi... sì a volte mi capita di usare spesso di dire "è come se..." o "è come quando..." però adesso non mi viene un esempio specifico, ma spesso si fanno dei paragoni su cose della vita quotidiana e non necessariamente all'ambito medico, per aiutare il paziente a capire. (Medico 1, donna - Intervista 1).

Sì, qualche volta sì [...] quando si devono spiegare malattie che hanno, disturbi oppure un certo tipo di terapia. (Medico 5, donna - Intervista 1).

Qualche volta può capitare, qualche volta si cerca semplicemente di semplificare quello che c'è scritto. Con linguaggio accessibile. Però appunto come dicevo prima, qualche volta nello spiegare quello che hanno sì, si può anche fare attraverso metafore. (Medico 5, donna - Intervista 1).

Sì, continuamente, in maniera più o meno consapevole. Nel senso che a volte sono intenzionalmente consapevole e, altre volte, diventa *un volano che parte in automatico*. (Medico 7, donna - Intervista 1).

L'uso di metafore è stato riconosciuto anche per la spiegazione di referti specialistici, spesso difficili da comprendere in quanto ricchi di terminologie tecniche:

Con i referti sì, a volte è più complicato, perché ci sono dei vocaboli che poi è difficile *tradurre* in un altro modo, però sì, cerco di spiegarli sempre, mi auguro sempre che capiscano, verifico sempre, quindi sì, sì sì, col referto a volte è proprio una *trasposizione* che ti deve permettere di fare in modo che il paziente riesca a comprendere ecco. Magari è una cosa banale, però loro vengono, ti sottolineano già il vocabolo che non hanno capito, e quindi sì, sì sì, anche con i referti. (Medico 6, donna - Intervista 1).

Al contrario, altri partecipanti sono consapevoli di evitare di utilizzare metafore, spiegando come mai queste espressioni possano in qualche modo ostacolare il dialogo col paziente:

No, nel senso che nel nostro lavoro diamo le informazioni, cioè comunque le informazioni che mi chiedono i pazienti devono essere restituite con la giusta terminologia, per cui utilizziamo, vengono utilizzati termini corretti per comunicare al paziente quella che è la risposta o l'informazione richiesta, per cui no, personalmente... non mi sembra, a meno che non lo faccia in modo molto involontario, nel senso che non me ne rendo conto. (Segretaria 3, donna - Intervista 1).

Diciamo che l'utilizzo di una metafora è una cosa che cerco di ridurre al minimo, e solo tendenzialmente nella maniera di riuscire a farmi comprendere, nel senso che le metafore *sono ponti culturali tra mondi culturali diversi*. Cerco di semplificare al massimo e di ridurre al massimo la fantasiosità di una metafora, per garantire una maggior possibilità di controllo (quindi conoscenza vera dei meccanismi di funzionamento del proprio corpo) da parte dei pazienti. Nel senso che non mi piace assolutamente ed evito accuratamente di utilizzare metafore che sono quelle tipiche della "maglietta della salute", che sono metafore del linguaggio comune che hanno e creano problemi di autogestione della salute di non poco rilievo. (Medico 13, uomo - Intervista 1).

Utilizzare una metafora cercando di ridurre al massimo la "fantasiosità" appare una strategia linguistica che vede dei rischi per quanto concerne metafore nate da luoghi comuni. La prospettiva di questo medico assume un'interessante connotazione nella seconda intervista:

Direi che varrebbe la pena di cercare il più possibile di usare metafore avendo però chiaro che - perlomeno dal mio punto di vista - le metafore sono degli strumenti neurologici. Quindi l'utilizzo delle metafore seppur da un punto di vista neurologico, perché è una *tecnologia* o uno *strumento biologico* che consente la comunicazione fra due cervelli, riducendo al minimo la fantasiosità per aumentare la capacità di controllo e quello che gli anglosassoni chiamano *l'empowerment* per i pazienti. Si potrebbe cominciare abbandonando, come dire, l'interpretazione linguistica della metafora e adottando un modello neurobiologico di spiegazione della metafora, perché ha a che vedere con il *meccanismo di rappresentazione* del proprio corpo, del proprio io e dei propri meccanismi, e credo che questo dovrebbe far parte in maniera molto forte e molto fondata, non tanto della letteratura quanto della neurologia. (Medico 13, uomo - Intervista 2).¹⁶

Il linguaggio si lega al corpo, indissolubilmente. Raccontandolo, reificandolo, modificandone i meccanismi di funzionamento. La rappresentazione della metafora assume qui una doppia natura: una prettamente comune, fantasiosa, legata semplicemente al linguaggio e scissa dalle ricadute sul corpo; una profondamente radicata nel funzionamento dell'essere umano stesso. Nelle parole di questo partecipante, con oltre trent'anni di esperienza sul campo, l'uso della metafora è legato alla possibilità di empowerment del paziente, in quanto una sua comprensione neurobiologica può aiutare a capire i diversi modi attraverso i quali l'essere umano non smette di dare senso a ciò che lo riguarda. Trascorso un mese dalle prime interviste, i professionisti sono stati invitati a riflettere su eventuali cambiamenti o scoperte nel corso del tempo, relativamente alle metafore nella loro pratica clinica. Un paio di partecipanti ha dichiarato di non aver avuto tempo per prestare attenzione al linguaggio, mentre per la maggior parte è cresciuta l'attenzione al proprio e altrui linguaggio, come si evince da queste citazioni:

¹⁶ Per un approfondimento al riguardo, si consiglia la lettura di G.R. Cardona (1985). *I sei lati del mondo. Linguaggio ed esperienza*. Bari: Laterza.

Sull'uso di metafore ci sono sempre, ricorrono... diciamo che ci ho fatto più attenzione. Ci ho fatto più caso a quando le uso. Prima le usavo, ma dovrei ricordarmi anche bene cosa ho *tirato fuori*, però adesso ci ho fatto più caso in effetti. (Medico 5, donna - Intervista 2).

Sì, diciamo che ho fatto più attenzione e ho notato che, appunto, mi sembra che in genere la metafora *venga fuori* più dal paziente per parlare di un sintomo, di un disturbo, e che poi magari io la uso con quel paziente lì o anche con altri per aiutarmi nel comunicare con loro. Ho notato questo. Similitudini, ma soprattutto anche proprio nel descrivere i sintomi, è quello che ho notato di più in questo periodo. (Medico 10, donna - Intervista 2).

Ho visto che ci sono chiaramente degli ambiti un po' più "delicati", in cui l'uso delle metafore può essere utilizzato, ma può anche fuorviare. Per esempio, col paziente obeso, si possono usare metafore sia per la dieta, sia per indicare un pochino il suo stato, perché chiaramente dare dell'obeso a una persona è un modo abbastanza drastico per farglielo capire. Anche perché spesso se si utilizza la formula del BMI, cioè peso fratto altezza al quadrato, i valori sono sempre abbastanza alti. Cioè dai 25-30 per noi è sovrappeso, dai 30-35 obesità, sopra i 35 obesità grave. Questo *mette dei paletti* abbastanza stretti, per cui la persona che non si sente assolutamente sovrappeso si classifica già come obeso. Quindi non puoi dirglielo direttamente... puoi cercare o delle metafore o delle similitudini... la prima sarebbe *sovrappeso*. Però già quello crea dei problemi con la classificazione di prima. Un altro ambito può essere nella dieta. Qui si usa tanto dire "mangiare *come le galline*", cioè presto, però è un detto [regionale]. Vuol dire mangiare verso le 5:30 - 6:00. Questa può essere una domanda di apertura, con pazienti [della regione], per capire quando mangiano, e metterla un po' sul conosciuto, sul personale. Questo è qualcosa che mi è venuto in mente perché [medico] fa spesso un'anamnesi della dieta, batte molto su questo tasto. Cosa che invece altri colleghi non fanno perché lo danno per perso in partenza. (Medico 15, uomo - Intervista 2).

Nelle seconde interviste si nota anche una maggiore meta-riflessione sulla comunicazione e sulle proprie buone teorie circa l'uso (e il non uso) di metafore nella comunicazione con i pazienti. Come riportano gli stralci di interviste di questi due medici, la maggior parte dell'apprendimento delle competenze comunicative avviene sul campo, anche se rispetto al cambiare il proprio punto di vista riportano due esperienze opposte:

Mah, non è cambiato nulla fondamentalmente, perché da un lato c'è che secondo me quello che uso è un buon metodo, quindi non l'ho cambiato per quello, e dall'altro c'è che di fatto la mia esperienza è scarsa, e sono abbastanza ancora *alle prime armi*, son pochi anni che pratico quindi, in realtà, il fatto di cambiar linguaggio richiede un certo tempo e una certa esperienza per avere un background di linguaggi da provare, poi uno sceglie quello che funziona meglio. È ovvio che questo background uno se lo fa con l'esperienza, e a me quella un po' manca, quindi poi, di fatto, il linguaggio che uso si rifà molto a dei *campioni di riferimento*, quindi diciamo il paziente che entra in modo più aggressivo è da prendere in modo più convinto, il paziente invece che ha bisogno di essere un po' tutelato da un punto di vista empatico, quindi verso cui ci si rivolge con magari dei discorsi più delicati perché ha bisogno di essere rassicurato, però sono metodi per me abbastanza stabili e che mi piacciono, quindi che mi vengono molto naturali perciò onestamente non ci sono stati grossi cambiamenti da quel punto di vista. (Medico 11, uomo - Intervista 2).

Beh diciamo che io parto un po' come dire, ormai dal punto di vista che ho assunto ormai da oltre trent'anni, per cui cose nuove no, sicuramente la perdita di attenzione nei confronti della credibilità del racconto che viene fatto dai pazienti rischia di portare sempre a consentire una più facile e pregiudizievole e pregiudiziale interpretazione del racconto che viene fatto, perché viene letto *attraverso la cornice cognitiva impostata* in quel momento da parte dell'ascoltatore, cioè da parte mia. Quindi l'esercizio, la cosa che si posso dire ho riscontrato in questi giorni è che, ancora una volta, non sforzarmi a cambiare il *punto di osservazione* nell'ascolto del racconto che fa il paziente, può essere *una cosa molto pericolosa* perché porta a sottovalutare una serie di informazioni, la cui sottovalutazione può essere pericolosa sia per il paziente che per il medico. (Medico 13, uomo - Intervista 2).

Le motivazioni dei due curanti sul cambiamento e il non cambiamento delle proprie prospettive sono state spiegate precisamente, in relazione agli effetti che il mutamento può implicare nel dialogo con il paziente:

Perché per me, mentre il linguaggio è *una cosa che va pesata molto* e che quindi una volta che viene *acquisito* un certo linguaggio viene poi *mantenuto*, è difficile cambiarlo e *stravolgerlo*, è più *rischioso*, non credo che sia difficile ma è più rischioso, mentre invece il linguaggio non verbale o para-verbale che sia, insomma, per me è un po' più facile *adattarlo* alla situazione e quindi mi viene più naturale, perciò lo faccio con più disinvoltura e questo mette, crea meno... insomma, il paziente se ne accorge se uno da un giorno all'altro inizia a parlargli in modo *super didattico* e non capisce bene come mai ci sia questo cambiamento. (Medico 11, uomo - Intervista 2).

I partecipanti hanno anche riportato modi alternativi alle metafore per comunicare con i pazienti, come l'uso di un linguaggio più semplice, i disegni, la scrittura, la prossemica:

Magari utilizzo anche spesso magari disegnare, per esempio. Perché a volte magari ci sono delle risonanze, non so risonanze della vescica, risonanze di una prostata dove il paziente magari non riesce a capire, allora io gli spiego che è qualcosa che riguarda quell'organo lì, può dare problemi ad un altro organo, oppure magari quando spesso fanno delle lastre, per esempio alla colonna, dove magari il referto parla di "riduzione dello spazio inter-som... eccetera eccetera", allora io disegno due tre vertebre e gli faccio capire dove si riferisce e tutto il resto, ma sempre comunque utilizzando termini più semplici ma senza metafore. (Medico 2, uomo - Intervista 1).

Metafore non spesso. [...] perché a volte ci sono delle emergenze o delle cose che devono essere viste subito dal medico, e quindi cerco di usare dei termini molto semplici per non spaventare il paziente. Perché magari può essere un problema molto semplice ma io non avendo un'esperienza medica preferisco magari farli passare dal medico e far sì che siano loro a valutare la *gravità* della cosa, quindi cerco di spiegare le cose ma in un modo molto semplice, utilizzando parole molto semplici. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Il paziente ha bisogno del tempo per *elaborare il messaggio*, quindi quando non c'è tempo comunque ci sono tante informazioni, in genere al linguaggio verbale si associa un bel memorandum scritto che il paziente si porta a casa, che così ha il tempo di vedere, leggere, capire che lo tranquillizza molto, perché nel momento in cui ad esempio si somministra una terapia di vari farmaci e si inizia a *vomitare* una serie di

informazioni riguardo la posologia del farmaco, il paziente tra i nomi del farmaco, gli orari, le quantità di compresse o di capsule da prendere, *va nel pallone*, quindi già il fatto di accostargli un bel pezzo di carta con scritto cosa prendere e quando, lo mette a suo agio. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Per quest'ultimo medico, si aggiunge anche un'altra componente comunicativa importante che sembra funzionare con i pazienti:

Non è solo una questione di linguaggio, cioè secondo me c'è anche molto di come ci si pone: il fatto di essere *dall'altro lato della scrivania* subito mette un *distacco*; se in più sei un *sostituto*, con alcuni pazienti si crea ancora più *distacco* perché "non sei il loro medico", non ci si conosce da vent'anni, c'è più diffidenza, poi comunque son più giovane, quindi c'è tutta una serie di diffidenze ragionevoli, e quindi si lavora anche da un punto di vista non solo del linguaggio ma anche del linguaggio non verbale, che fa *parte del pacchetto* però, quindi dallo stare magari non proprio dall'altro lato della scrivania e cercare di seguire il discorso in modo più *coinvolgente* e *amichevole*, o invece se non ce n'è bisogno si fa una normale visita medico-paziente, senza tener le braccia incrociate *come se fossi arrabbiato*, però voglio dire, *tenendo* un comportamento assolutamente più serio, perciò cambia anche quello. Forse quello cambia di più, rispetto al linguaggio (Medico 11, uomo - Intervista 1).

2.2. Uso diversificato delle metafore da parte dei pazienti

L'esperienza con le metafore cambia quando si parla dei pazienti, creando, come si è visto, un quadro dicotomico fra i partecipanti, seppur con qualche analogia. La prima polarità la si riscontra con l'individuare una qualche differenza nell'età dei pazienti che usano metafore:

Sopra i 60. Sì. 55 va, dai 55 in su. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

Probabilmente in quelli più giovani, quelli tanto anziani meno. Però quelli più giovani che hanno una fascia d'età magari fra i 40-50-60 sì, in quelli tanto anziani meno. (Medico 8, donna - Intervista 1).

Prevalentemente mi sembrano più avanti con gli anni, quelli che usano più le metafore. Cioè, questo tipo di espressioni. Sì, l'età media mi sembra più... maggiore, delle persone che usano queste espressioni. (Medico 10, donna - Intervista 1).

Un primo dettaglio che si nota in relazione all'aumentare dell'età dei pazienti, è la rappresentazione delle metafore come espressioni lontane dai termini "specifici" o "appropriati":

Penso forse più nella persona anziana che nel giovane, nel senso che il giovane culturalmente è un pochino più preparato rispetto agli anziani che i grandi anziani, perché sono coloro che evidentemente non hanno forse neanche la licenza elementare, per cui sicuramente utilizzano dei modi di dire diversi rispetto ad alcuni pazienti più giovani che magari prima di arrivare si sono documentati e utilizzano dei termini magari un po' più appropriati, più specifici. (Segretaria 3, donna - Intervista 1).

Sì, solitamente sono le persone più anziane che magari non hanno un modo di esprimersi in modo magari piuttosto medico, e quindi utilizzano delle parole un po' più semplici anche per loro. E quindi forse è più facile verso le persone anziane che non le persone giovani. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Sì assolutamente sì. Ovviamente, facendo riferimento non tanto all'età e alla distinzione d'età per anni, ma magari per decenni sì, si trovano delle differenze. Obiettive, perché è anche ragionevole che con tutti i mezzi che ci sono adesso di informazione e comunicazione, il paziente un po' più giovane ha più dimestichezza con mezzi tipo internet, e quindi se c'è da chiedere a Google la *domanda pinco pallo* sul problema di vertigini, il paziente giovane guarda su internet e trova un determinato tipo di informazione, che può anche essere precisa - non necessariamente quella giusta per il suo caso - ma dal punto di vista della terminologia è precisa, e quindi poi quando viene in studio si presenta con questo discorso preparato a casa, o comunque suggerito da internet e comunque sia, però, con una terminologia più accurata, un lessico più da *dottore fai da te*, rispetto a quelli più anziani che ovviamente hanno un modo molto più "carino", "tenero" e però "ruspante" di porre la questione. Sì, c'è differenza quindi, sì. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Sopra i 65 diventa difficile *inquadrare*, se il paziente non ha ben chiaro, se si dimentica e si confonde più spesso. È più facile con i più giovani ma mi sembra che la *fascia* fra i 50 e i 65 sia quella un po' più precisa. C'è chi viene ed ha già un sintomo più preciso. Con i più giovani mi sembra che sia più frequente il dover chiedere, dover specificare e dover approfondire l'anamnesi. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

Emergono delle esperienze diverse anche sul definire quale genere di pazienti utilizzi più metafore. Infatti, alcuni partecipanti non hanno notato differenze particolari:

Forse, no fra uomini e donne non credo, teniamo anche conto che comunque la nostra professione non è legata ad ascoltare il paziente che elenca i suoi disturbi per cui ci capita sicuramente molto poco. (Segretaria 3, donna - Intervista 1).

Meno frequentemente degli altri tipi di espressioni però capita, e anche lì più o meno a pari merito uomo e donna. (Medico 10, donna - Intervista 1).

Altri specificano che l'uso di metafore sia maggiore nelle pazienti donne, riscontrando una differenza con gli uomini soprattutto per la ricchezza dei dettagli che riportano:

[...] forse le donne sono un po' più "*colorite*" nel descrivere i sintomi. Sull'età forse no, meno... però direi che forse le donne sono un po' più "*fiorite*" nella descrizione del sintomo (Medico 1, donna - Intervista 1).

Tuttavia, soltanto i partecipanti di genere maschile hanno dato una spiegazione puntuale rispetto al perché di questa differenza:

Più che nella terminologia cambia il modo in cui se ne parla. È più raro che negli uomini ci siano... è più raro che un uomo lasci *trasparire* una preoccupazione. Quando traspare son proprio iperpreoccupati sennò generalmente tendono a sminuire un po' il problema o comunque fare *la parte di quelli* che sono grosso modo disinteressati, vengono quasi perché passavano di qua, allora si fermano dallo studio (poi in realtà tutti sanno che non è così, però loro ci provano a s drammatizzare un pochino). Mentre, dall'altro lato, l'esatto opposto nella donna capita spesso che magari addirittura per dare maggiore importanza o per farsi ascoltare di più, non lo so, per essere più... per creare un po' più di pathos magari addirittura si percepisce

un tentativo di *aggiungere* un po' di drammaturgia alla descrizione e... un qualche *ricamo* un po' ecco tragico e quindi si accentua addirittura una cosa che magari poi, facendo le domande, per come viene vissuta a casa o per com'è stata vissuta nei giorni precedenti alla visita poi, in realtà, non denota tutta questa preoccupazione... (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Le donne più che altro utilizzano termini di paragone, non so, magari hanno un dolore ricorrente e dicono "è peggio del ciclo", piuttosto che "è peggio del mal di testa che mi viene di solito". Ti riportano il loro dolore paragonandolo a qualcosa che diciamo un po' tutti conoscono, quindi lo usano come *metro di paragone*. Mentre invece gli uomini fanno un po' più fatica, allora tu devi cercare magari di oggettivare realmente il suo dolore. Non so, dici "da 0 a 10 quanto ha male?", e allora l'uomo magari riesce a darti un paragone. Gli uomini tendono a raggirare soprattutto un discorso di problemi con la partner, tendono a raggirarlo, a fartelo capire ma non dirtelo. Quindi ci devi proprio arrivare. Non so, ad esempio ti parlano di sport. Tu inizialmente fai fatica, perché ti dicono "non faccio più sport da tanto", e tu gli rispondi "va bene, si iscriva a qualche corso", poi loro cercano ancora di raggirare il discorso finché poi arrivi a capire che non è lo sport che intendi tu ma un altro genere. (Infermiere 12, uomo - Intervista 1).

Direi che le donne sono sicuramente molto più *ricche di particolari*, e con certe descrizioni più *colorite*. Tendenzialmente. Per estensione, grado, intensità delle percezioni, nel senso che la sensazione è che siano più abituate a sentirsi di quanto non facciano i maschi. (Medico 13, uomo - Intervista 1).

Un terzo elemento riguarda la relazione fra espressione di metafore e grado culturale/livello di istruzione del paziente. Questo elemento è stato riscontrato sia nell'esperienza di una segretaria, il cui stralcio è stato riportato in precedenza a proposito dell'età dei pazienti, sia da altri professionisti:

Forse un po' di più nella cultura, forse. Nel senso, si tende a utilizzare più metafore quando culturalmente si è meno vicini alla professione. Ma non nel senso che chi studia meno utilizza più metafore rispetto a chi studia di più, anzi, è proprio una questione di lontananza dalla professione. Cioè un ingegnere utilizza le stesse metafore magari del contadino per spiegarti il dolore, perché comunque sono lontani dalla professione, quindi utilizzano un linguaggio normale, parlato, popolare. (Infermiere 12, uomo - Intervista 1).

Donne giovani molto meno, uomini giovani molto meno, di mezza età dipende. Dipende anche dal paziente e dal *grado di cultura* del paziente. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

In un solo caso, non meno rilevante, l'espressione di metafore si lega invece alla personalità dei pazienti:

Non è tanto una questione di età... Io trovo che le persone con una personalità più ansiosa spesso sono portate a fare delle metafore molto fantasiose, ma questo indipendentemente dall'età. (Medico 5, donna - Intervista 1).

A distanza di un mese, tuttavia, l'esperienza dell'infermiera parrebbe disconfermare la correlazione fra il livello culturale e l'uso di metafore, come racconta di seguito:

Infermiera: "Questo è un periodo molto faticoso perché non son stata bene. [...] Sul mio dolore mi sono proprio resa conto di aver detto più volte «è come se avessi *un pugnale piantato nella schiena*», «un cane

che mi morde la scapola», quando dovevo spiegare il dolore ai medici, perché poi va bè era tutto dietro il braccio, quindi avevo difficoltà a prendere le cose, perché l'ernia mi schiaccia proprio la *radice*, e quindi il dolore è quello praticamente.”

Ricercatrice: “E i medici cosa hanno fatto quando lei ha espresso queste metafore?”

Infermiera: “No niente, hanno capito. E mi han dato la terapia.” (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

2.3. Metafore nella formazione sanitaria

Pochi partecipanti hanno ancorato le metafore alla propria formazione. I professionisti più giovani, in particolare, hanno riportato in che modo la creazione di metafore proprie o condivise dai docenti, siano state importanti per ricordare i concetti in maniera più efficace:

Già dal primo anno iniziamo con una terminologia specifica, tant'è che molto spesso leggi e non riesci a capire tu stesso cosa stai leggendo. Quindi magari usiamo le metafore tra di noi per spiegarci qualcosa, e anche quando il docente te lo spiega, sì. (Infermiere 12, uomo - Intervista 1).

Altro non mi viene in mente adesso, ma più nelle spiegazioni dei professori che nei libri di testo. Anche perché studiando non ci ho fatto molta attenzione. Per me era più comodo crearmi le mie di metafore e similitudini. Questo è quello che mi viene a caldo. Nel senso, io non avevo neanche pensato alle metafore come strumento, mi vengono un po' naturali. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

D'altro canto, uno dei medici con più esperienza nel settore clinico e formativo, ha offerto un altro sguardo su come il mondo universitario percepisca l'attenzione sul linguaggio:

Cioè quando durante i seminari del sesto anno di medicina (ma anche durante la parte di formazione specialistica nella scuola di medicina generale) ci si alza a dire che *“il linguaggio sta al cervello come l'urina sta ai reni”* agli studenti di medicina viene un... conato di... nausea. Perché è inconcepibile, perché il linguaggio è prossimo al sacro, perché il linguaggio è prossimo allo spirito, perché il *linguaggio è aria*. Impalpabile. (Medico 13, uomo - Intervista 2).

L'impalpabilità e la sacralità del linguaggio è una rappresentazione che può aiutare a comprendere come mai non vi sia ancora una puntuale riflessione su questa tematica nella formazione dei curanti.

3. Indicare vantaggi e benefici dell'uso professionale di metafore

In questa categoria sono state raccolte le situazioni cliniche in cui i professionisti dichiarano di usare consapevolmente le metafore nell'incontro con il paziente, per determinati benefici che si riflettono sia sulla comprensione del paziente sia sulla prassi clinica. Le sottocategorie si riferiscono al:

1. Comprendere la natura del sintomo e avviare il ragionamento diagnostico;
2. Facilitare i pazienti nella comprensione della diagnosi e della terapia;
3. Esprimere “buone teorie” sulla creazione di metafore.

3.1. Comprendere la natura del sintomo e avviare il ragionamento diagnostico

Uno dei benefici dell'uso di metafore che emerge dall'esperienza del nostro gruppo, consiste nel facilitare la comprensione dei sintomi dei pazienti, che guidano il ragionamento diagnostico, specialmente per medici e infermieri, mentre per la professione di segreteria, le metafore potrebbero essere utili per capire il grado di urgenza di un paziente durante una conversazione telefonica, per poter organizzare un incontro col medico:

Molti pazienti hanno sintomi più frequenti per i quali un paziente può venire nello studio del medico di medicina generale sono le palpitazioni, o il cardiopalmo. Allora lì magari, per esempio molti pazienti parlano di un “tuffo al cuore” quando magari vogliono indicare che il battito non è perfettamente ritmico ma magari c'è un battito anticipato rispetto agli altri, e a volte la sensazione è proprio come se ci fosse una sensazione di vuoto nello stomaco, allora quando il paziente non me lo dice lui ma mi dice che ha una sintomatologia strana, io posso usare quella metafora per chiedere “ma le sembra qualche volta di sentire come una sensazione di vuoto nello stomaco o un tuffo al cuore?”. (Medico 2, uomo - Intervista 1).

Mah, ci pensavo, appunto, pensando a questo incontro, che a me non sembra di utilizzarle però... ho deciso di farci più attenzione ecco, adesso che abbiamo iniziato questo percorso. A me sembrerebbe di no, se non avendo notato che a un certo tipo di mal di schiena frequentemente la persona lo descrive appunto come un cane che morde, no? Allora qualche volta ho provato io a chiedere alla persona che lamentava mal di schiena “ma le sembra *un cane che morde?*”, per capire se la diagnosi poteva essere quella delle altre persone che mi avevano dato la stessa espressione. (Medico 10, donna - Intervista 1).

Quando cerco di capire se una domiciliare può essere necessaria oppure no, una cosa può essere urgente come dicono oppure no, allora cerco di chiedere, di spiegarmi in un modo più semplice... volte loro mi dicono “mi esce tantissimo sangue dal naso”, magari io dico “ma quanto sangue?”, allora dicono, “un mare di sangue”, e allora cercare di capire. (Segretaria 14, donna - Intervista 1).

Non vi sono state particolari differenze nelle seconde interviste, salvo nella testimonianza dell'infermiera, che riporta due esempi in cui l'esplorazione della "metafora" del paziente (intesa come meta-messaggio) può condurre all'apertura di possibili scenari clinici:

Bisogna fare molta attenzione a quando qualcuno arriva e ti dice cose strane, mi capita ad esempio di sentire "no perché sa, ho fatto la pipì arancione" no? E allora dici "va bè, arancione, ma cosa mi dici..." NO. Innanzi tutto cominci con le domande: "ma arancione come? Sicuro che era... non è che magari era un giallo più intenso?" "no no, arancione *fosforescente!*". Allora, intanto indagli per capire se quell'arancione che lui ti dice è veramente un arancione, perché dietro quello ci sono 1500 possibilità: problema epatico, problema... no? Oppure lui la vede realmente arancione. Quindi bisogna fare molta attenzione a non dare mai per scontato nulla, perché quello che ti riporta il paziente è fondamentale. Anche la stupidaggine più assurda che ti riportano, in realtà non è una stupidaggine perché è il suo vissuto. E dietro a quel vissuto devi avere poi la capacità di *estrapolare* le cose cliniche, le cose psicologiche, i problemi socio-assistenziali che ci sono dietro ad una frase. (Infermiera 4, donna - Intervista 2).

Come aveva riportato una dottoressa in precedenza, il lavoro del medico è una decostruzione della metafora che porta il paziente. Riportiamo un esempio del ragionamento metaforico come somma matematica di diversi sintomi:

[...] la vedo dimagrita e dico "ma hai fatto la dieta?" e mi fa "no, ma che dieta, sai che io ho un disturbo, però ho visto sangue nelle feci". SUBITO. Subito dico "no ascolta, non funziona, non va bene così gioia, perché *dimagrimento + sangue*" ... infatti aveva un tumore, è morta eh. Però è venuto tutto fuori qui. Perché lei si è permessa di raccontare una cosa per cui lei non si osava. E del suo medico aveva non fiducia, di più. Lo adorava. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

La funzione del meta-messaggio può essere importante nel dialogo con i pazienti, in quanto si collega alla capacità di andare oltre "l'evidenza" del racconto e di estrapolare le informazioni che non riescono ad emergere chiaramente, ma che possono essere molto importanti.

3.2. Facilitare i pazienti nella comprensione della diagnosi e della terapia

Per aumentare la comprensione del paziente su alcune diagnosi, terapie, spiegazioni o trattamenti, a volte i curanti ricorrono a delle metafore utilizzate più volte con altri pazienti, specialmente se dimostratesi efficaci nello spiegare termini scientifici che, altrimenti, non capirebbero:

Io mi occupo soprattutto dell'ambulatorio orientato al rischio cardiovascolare, o le uso anche mentre faccio le medicazioni e non capiscono i termini. Ormai quando lavori è automatico no? Entrare nella relazione

sapendo che con quella persona lì magari non puoi usare termini scientificamente i termini perché tanto non comprenderebbe, e quindi magari ti aiuti con le metafore. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

I curanti hanno condiviso alcune espressioni che possono essere considerate come “buone metafore”, perché si rivelano particolarmente efficaci nella comunicazione con il paziente. Esse riguardano soprattutto il funzionamento del corpo umano, e sono metafore belliche oppure edili:

[...] il cuore descriverlo “come una casa che ha pareti, infissi, un apparato idrico, un apparato elettrico...” e quindi andare un pochino a far comprendere alle persone che, per esempio, un infarto non c’entra nulla con un disturbo del ritmo, e allora descriverlo in questo modo... lo capiscono in genere no? Perché se hai un problema idraulico è diverso da quello che ti può riparare l’elettricista in casa. [...] è un esempio “nella pratica” che può facilitare la comprensione di certo dettaglio o di certa patologia. (Medico 6, donna - Intervista 1).

Quando per spiegare che a volte non è appropriata una terapia antibiotica, a volte uso la metafora del cannone, è *come sparare con un cannone ad un moscerino*, questa a volte la uso o... sì a volte nella descrizione del dolore colico, parlo di *una morsa che stringe e poi lascia*, tipo una *mano* che stringe e poi lascia la presa... (Medico 8, donna - Intervista 1).

Ora non mi viene in mente qualche esempio specifico, può essere, che ne so, spiegando il discorso dell’accumulo di catarro nelle vie respiratorie, quindi della possibilità che *sotto* questo catarro ci siano dei *focolai* batterici, il discorso che è il catarro stesso che *protegge* i batteri dall’azione dell’antibiotico, che va quindi *sciolto* con i vari mucolitici del caso, per rendere anche più efficace l’azione dell’antibiotico, è un discorso che può esser posto ai pazienti in modo un po’ più terra terra come uno *scudo* che protegge i batteri che poi in realtà quello... non è che i batteri usino come scudo il muco ma la questione è che per facilità d’azione i batteri *sopravvivono* di più sotto al muco e quindi poi quelli che son fuori dal muco vengono *uccisi* e gli altri sotto al muco *resistono*, ma non è che loro *decidano* di stare sotto al muco. Però gli viene posta così al paziente. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Per esempio, il colesterolo che si accumula nelle arterie... ah ecco sì, si può fare un parallelo tra le arterie e le *tubature*. Per esempio la pressione elevata dici che le arterie sono sempre più dure, e quindi per principi idraulici come la *pressione nel tubo*, aumenta se il tubo è più rigido. Quello sì. Oppure come lo *sporco che intasa il tubo*, e quello fai il parallelo col colesterolo. Però questa mi è venuta adesso. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

La creazione di buone metafore viene riscontrata anche per la spiegazione di referti specialistici o dispositivi medici:

Beh, mi sta venendo in mente un dispositivo che chiamo l’*UFO*, che invece è un inalatore in polvere nei pazienti con problemi di bronchite cronico-ostruttiva, di asma... che sembra proprio un UFO: “deve aspirare la polvere”, “non esce niente”, “ma deve tirarla lei la polvere”, “eh, ma poi mi riempio di polvere!”, e anche questa è una cosa un po’ complicata. (Medico 7, Donna - Intervista 1).

Ad esempio ecco, mi è capitata una signora che ha una pielostomia, e quindi aveva questo tubicino nel rene perché aveva un uretere con questa massa che comprime, per cui han dovuto farle una derivazione, e lei

non capiva perché la TAC diceva “massa che comprime” e diceva: “ma perché me lo tolgono, io urino”, ma perché l’altro rene funziona, l’altro uretere funziona, per cui l’idrofrenosi era solo da quella parte lì, e la TAC era chiara: c’era una massa che... E lei non capiva perché aveva questo tubo. E allora io provavo a spiegarle che aveva qualcosa che spingeva, tipo una massa, però non volevo neanche dirle... perché lei sapeva di avere un tumore, ma non sapeva di avere metastasi polmonari, cerebrali, per cui... comunque, lei stava facendo la chemio proprio per ridurre questa massa che però spingeva l’uretere, e quindi dovevamo aspettare che si *sgonfiasse* questa massa, per *liberare di nuovo*... e ho dovuto spiegarle la TAC così, perché lei diceva “ma cosa vuol dire qui?” (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

Sì. Li aiuta a capire nel senso che si riesce a evitare quello stato di ansia che deriva dall’essere estraniato dalla comunicazione. Purtroppo quando i pazienti arrivano e hanno il referto del caso, un’ecografia dell’addome, hanno un referto con un miliardo di paroline di tipo squisitamente medico, quindi il fegato steatosico, ipercogeno o con aumento di segnale iperriflettente, e poi è un fegato che si è *arricchito di tessuto grasso*, però questo va spiegato perché il paziente si preoccupa sennò. Perché non sa cosa vuol dire quello che legge che riguarda la sua salute. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Spesso magari ti mandano il loro referto e ti chiedono spiegazioni su questo, perché magari cercano giustamente (per l’età ma anche per la fiducia che c’è con l’altra persona) di chiederti una spiegazione. Perché molti si vergognano di chiederti questo e quindi per non passare come uno che non capisce cercano di riportarti quello che hai detto con delle metafore, e tu magari le utilizzi a tua volta. Finché non si arriva all’obiettivo finale che è quello di far capire al paziente qual è il problema... perché comunque per spiegare qualcosa devi sempre capire a che punto è l’altro. (Infermiere 12, uomo - Intervista 2).

Qui dipende dal paziente, però spesso si cerca di spiegare o comunque di *intavolare* il discorso in modo che il paziente cerchi di capire, cioè possa capire. Le più utilizzate... può essere il concetto della *torta di mele* per i farmaci. Nel senso che il farmaco ha un principio attivo, che son le mele, e poi ha tutto il resto che forma la pillola. Questa è una di quelle che uso più di frequente... Altre... ne ho sentite tante come le articolazioni che sono dei *binari dove passa il treno*... altre non me ne vengono in mente adesso. Però si usano, sì. È più facile. Il problema è che devi avere in mente una metafora bella, o una similitudine che *calza*. (Medico 15, uomo - Intervista 1).

3.3. Esprimere “buone teorie” sulla creazione di metafore

Quali teorie emergono sull’uso di metafore con i pazienti? Uno dei medici con più esperienza ha creato una teoria metaforica, ricordata anche da un altro medico. Questa metafora porta l’attenzione sulla consapevolezza che il curante deve avere rispetto al suo linguaggio:

Noi siamo le parole che entrano dentro. Quelle che pensiamo. La comunicazione è fondamentale, *fa neurochirurgia*. Le parole del medico fanno neurochirurgia nel paziente, sono di una potenza estrema. Ora, un uso non consapevole... è come girare con una *pistola*. Carica. E non saper usare la pistola. Può partire un colpo da un momento all’altro. Ecco pistola non era una buona metafora. È come un *laser*. Un laser può essere usato nel modo distruttivo o una distruzione focalizzata su qualcosa di brutto che è terapeutica. Se ci fosse una grandissima consapevolezza da parte dei professionisti sull’uso del linguaggio, i risultati sarebbero

- in termini di *compliance* del paziente e di aderenza terapeutica, ma anche di uso appropriato delle risorse, delle terapie - sarebbero grandiosi. (Medico 7, donna - Intervista 2).

Ricordare la metafora di un collega è un esempio di buona teoria, che implica una condivisione circolare dell'esperienza, reinterpretata e riadattata sulla base della propria prospettiva. Questo è un aspetto educativo molto rilevante, poiché fa del gruppo un luogo in cui il sapere può essere condiviso:

C'è [medico] che dice che "Il medico fa neurochirurgia". Nel senso che qualsiasi parola che dice il medico lascia un segno nel paziente. Chiaramente bisogna fare attenzione a tutte le pause, tutti... anche come ti poni con lo sguardo, come prossemica, e poi che cosa dici. Perché ci sono pazienti che non ti ascoltano, e che poi magari dimenticano gran parte di quello che hai detto, altri che si *attaccano* a qualsiasi parola, e poi ci *ricamano* sopra. Quindi senti dire dopo settimane "eh ma lei l'altra volta che ci siamo visti aveva detto che..." e ti riporta le testuali parole, che magari avulse dal contesto significano altro, però hanno dato a lui possibilità di ricamarci sopra appunto e pensare che magari non è così grave, che magari c'è qualcos'altro da fare, che ci sono nuovi trattamenti per, o nuove ricerche per. Mentre magari non è propriamente così. Questo è il concetto di fare neurochirurgia. (Medico 15, uomo - Intervista 2).

La metafora della "neurochirurgia" dunque è un esempio di creazione di una buona teoria metaforica. A partire da una saggezza guadagnata sul campo, la dottoressa fornisce una spiegazione dettagliata degli effetti del linguaggio del curante, con un'implicazione a livello biologico, risuonando con la prospettiva del medico con più esperienza sul campo vista in precedenza:

Penso che faccia neurochirurgia la parola del curante sul paziente. La parola "neurochirurgia", proprio. È come se le parole fossero *lame* che vanno a modificare *biologicamente* l'altro. Quindi è molto importante l'uso che si fa, o che non si fa. (Medico 7, donna - Intervista 2).

Il contesto della Medicina Generale sembra essere essenziale per poter creare delle metafore che siano vicine alla vita del paziente può avere dei benefici rilevanti. Nel gruppo emerge un modello *patient-tailored*, calibrato sulla conoscenza della storia del paziente e del suo livello culturale:

[...] e lì ovviamente il *grado* di metafore e il tipo di metafore che viene utilizzato per spiegare - per analogia o similitudine - il meccanismo di funzionamento dell'apparato o di un organo, in realtà, è determinato dal livello di *competenza linguistica* e dal grado di *cultura* del paziente. E dal *lavoro* che fa. (Medico 13, uomo - Intervista 2).

Ma assolutamente. Assolutamente no, l'urologo si occupa di reni... sì, le *grondaie*, hai gli ureteri che vanno... "grondaie" è una metafora! Beh appunto, *siamo rotti all'uso* delle metafore! Non potremmo e non riusciremmo a parlare con i pazienti in assenza di metafore... tant'è che nei confronti di un paziente con IG4 correlata, che è una roba rarissima che non si vede quasi mai al mondo, e si occupava di costruzioni edili e grandi strutture, ho dovuto utilizzare e mi sono inventato una metafora edile per riuscire a spiegare tutti i meccanismi che entravano in ballo in una patologia come la sua. Perché le metafore devono essere *calibrate*

e *tagliate* sull'interlocutore. Perché potrei usare una metafora di questo genere con... beh sì, non è una metafora così particolarmente complicata, però con una persona che è analfabeta diventa veramente complicato e quindi insomma le metafore vanno calibrate senza ombra di dubbio. (Medico 13, uomo - Intervista 2).

Il medico di famiglia conosce anche l'ambito *sociale* del paziente, nel senso che, bene o male, li vedi tutti a casa una volta. Quindi sai come vivono, sai cosa mangiano, sai cosa piace loro fare, quindi è tutto più *mirato*, cioè gli interventi possono essere più mirati, possono prendere degli esempi dalla loro vita. Cioè anche se devi fare una metafora, fai una metafora diversa a seconda che sia un paziente laureato, sappia determinate cose, sia appassionato metti di calcio, e magari cerchi di fare metafore più calcistiche, buttandola lì. (Medico 15, uomo - Intervista 2).

Usare le metafore per motivare un cambiamento a scopo terapeutico può avere una valenza molto importante nel corso del tempo, soprattutto se riguarda la modifica di uno stile di vita poco salutare:

Facciamo l'esempio degli stili di vita. Una metafora che uso ricorrentemente è l'essere seduti su un *vulcano* che sta per eruttare da un momento all'altro. Attivo, molto attivo. Riferito ai pazienti per esempio obesi, ipertesi, col colesterolo *alle stelle, a palla* (metafora nella metafora), con il diabete mal compensato, con valori alti, e chiaramente è importante dare una motivazione, rendendo chiaro che non è un rischio generico, è un rischio forte, e la cosa più difficile di tutte è riuscire a cambiare il proprio stile di vita... In realtà non è sufficiente pensare di essere seduti su un vulcano, serve... serve per un po' di tempo, però poi uno ritorna alle proprie abitudini. Bisognerebbe poter utilizzare la metafora, in senso terapeutico, agganciata nel tempo. Ricorrentemente, e in un lasso di tempo non troppo lontano, dando dei richiami, rimotivando, ritornando. (Medico 7, donna - Intervista 1).

Riportiamo lo stralcio di una seconda intervista, che illustra come una paziente e questo medico affrontino delicatamente il discorso di un intervento chirurgico, attraverso una serie di metafore innestate fra di loro:

Tutti noi siamo frutto delle esperienze che viviamo, ma non delle esperienze reali, ma di quello che è il cosiddetto vissuto, di *come* le viviamo. Spiegare una diagnosi in un modo, o in un altro, cambia completamente l'approccio alla malattia e alla vita che la persona ha. Mi viene in mente una paziente che ho visto tra l'altro oggi: è una signora che ha tanti problemi, anche molto importanti, di salute. Quattro anni fa, tra i tanti importanti, anche perché invalidanti, le è capitata una diagnosi di carcinoma del rene, per il quale è stata nefrectomizzata, le hanno tolto un rene. Ora detta così uno la vede come una cosa molto complicata, molto penalizzante. In realtà quando ne parliamo, questo tumore era stato diagnosticato per caso, senza sintomi, all'interno di altri esami che vengono fatti per gli altri problemi. E io glielo presentai usando molte cautele, molte parole "di cautela" metti così, per cui le parlai di precocità: "sì sì, è un tumore brutto ma è un tumore che è *come se non ci fosse*, una volta tolto non ci sarà più e l'abbiamo preso talmente presto, che non si deve preoccupare di niente". E le avevo spiegato, usai proprio questi termini, che "degli organi importanti ne abbiamo due, non a caso, perché se ne possa fare a meno di uno, se è il caso". Questa cosa l'avevo molto rassicurata. E mi aveva chiesto che cosa sarebbe successo, dopo. La chemioterapia, radioterapie eventuali. Le avevo fatto l'esempio "*del carro e dei buoi*", che era inutile

mettere il carro avanti ai buoi, sono i buoi che trainano... “adesso cominciamo a toglierlo, verifichiamo l’istologico, vedrà, non sarà proprio *una passeggiata* - ma con tutto quello che ha vissuto questa è una passeggiata - una volta tolto, andrà tutto bene. Poi faremo i controlli, ma io sono sicura che mi dirà “ce la posso fare” anzi, come *un’incidente di percorso, come se correndo sia inciampata e sia caduta un attimo, si sia sbucciato un ginocchio* ed è finita là”. E lei mi aveva ribadito con gli occhioni sgranati “ma è un tumore maligno o è benigno?”. È maligno ma possiamo fare finta che sia benigno, perché *si comporterà bene come si è comportato finora, se lo affrontiamo subito*. (Medico 7, donna - Intervista 2).

Le modalità di costruzione del dialogo fra curante e paziente sembrano contribuire all’efficacia della conversazione, della quale le metafore giocano un ruolo essenziale all’interno di un discorso in cui il non verbale, il para-verbale, i tempi, la relazione di fiducia e la disponibilità del medico hanno contribuito a dare un timbro e un significato rilevante:

Lei non voleva fare l’intervento. In realtà riuscii a rassicurarla, la chiacchierata non era in velocità com’è adesso... avevo volontariamente scelto tempi, lenti, chiari, atteso che lei mi facesse tutte le domande che voleva, rispondendo e a quel punto, gli ho messo l’urgenza, ho telefonato alla collega in ospedale, lei è stata vista tre giorni dopo e la settimana dopo operata. È tornata a casa, sono andata a trovarla, ed era tranquilla, assolutamente tranquilla. E aveva funzionato.

Paziente: “Ma, mi ha detto che era come *una passeggiata*, sì certo, un intervento è un intervento, ma pensavo peggio”

Medico: “Le avevo detto che... e poi?”

Paziente: “E poi il tempo della convalescenza e comincio a uscire: ma sa che io devo camminare tanto?”

Medico: “Le ho detto mica che sarà diverso?” (Medico 7, donna - Intervista 2).

La cornice comunicativa entro la quale la metafora è inscritta è fatta di pause, di tempi lenti, di domande, di emozioni, che scandiscono il ritmo di un lavoro comune da parte della paziente e del medico, nell’affrontare un’esperienza difficile.

4. Segnalare effetti e limiti nell’uso professionale di metafore

La quarta categoria prende in considerazione gli effetti e i limiti che le metafore possono comportare, nella comunicazione con il paziente o nella professionalità degli intervistati. Dall’analisi delle interviste abbiamo estratto quattro sottocategorie:

1. Far ricordare le parole del curante;
2. Mistificare la comunicazione, spaventare il paziente;
3. Orientare la relazione di cura;
4. Dimenticare il linguaggio medico.

Le prime due sottocategorie si rivolgono agli effetti e ai limiti che le metafore possono avere sul paziente. La terza è volta a comprendere la funzione pragmatica della metafora, la quale ha un effetto sulla relazione di cura e, nello specifico, sulla disposizione dei ruoli nel legame terapeutico. La quarta sottocategoria illustra invece come l'abitudine ad utilizzare un linguaggio metaforico con i pazienti influisca sulla capacità dei medici di parlare con un linguaggio "tecnico".

4.1. Far ricordare le parole del curante

Riprendendo il racconto presentato in precedenza, riportiamo il proseguimento del racconto della dottoressa, perché uno degli effetti delle metafore (costruite all'interno di un discorso emotivamente coinvolgente) consiste nell'essere ricordate anche a distanza di anni, quattro, nello specifico della storia di questa paziente:

Lei conduce una vita regolare, ha fatto il follow-up tutto perfetto, non ho detto che non ha fatto radio, e ancora adesso, stamattina mi diceva che sta continuando a pensare "a quella corsa in cui si è sbucciata il ginocchio". "il mio ginocchio sbucciato" ... io non me lo ricordavo neanche più del ginocchio sbucciato. Me l'ha ricordato lei stamattina. Però questa metafora l'ha aiutata molto ad affrontare l'esperienza, perché l'ha affrontata in maniera pronta, tempestiva, *di petto*, l'ha affrontata, non si è *chiusa a riccio*. E mi dice: "ero così tranquilla delle cose che lei mi ha detto, che mio marito ancora adesso mi dice: "ma tu sei sicura che hai avuto un tumore maligno" "sì sì, ma è come il ginocchio sbucciato", "perché non me lo hai fatto *pesare* neanche un po', nessuno se ne è accorto che hai avuto un tumore maligno", "e va beh, lo abbiamo affrontato *di petto* - era l'altro esempio - e lei l'ha fatto suo. Le ho modificato con le parole quello che era il suo pensiero, in qualche modo. L'ho condotta. Ma non perché io volessi essere manipolativa, è stato per poterla aiutare. Ma l'ha aiutata tantissimo. E ancora adesso dice "ma era maligno?". L'abbiamo superato, è finito. Il ginocchio si è rimarginato. A posto, non c'è più problema. (Medico 7, donna - Intervista 2).

In una parte della conversazione col medico, la paziente usa la metafora "il mio ginocchio sbucciato", riferita al ricordo del suo intervento chirurgico, che fa comprendere come quella metafora sia stata a sostegno di una scelta ardua, implicando una rilettura della situazione. Fare proprie le parole del curante sembra essere un elemento importante della relazione di cura, specialmente nei contesti sanitari, dove il medico rappresenta tendenzialmente colui che detiene una "Verità" sul corpo dell'altro, sul suo funzionamento, sulle sue possibilità di sopravvivenza, e sul suo stato di salute. La figura simbolica del medico è culturalmente legata alla capacità di pre-vedere la sorte di un corpo a partire dai fattori che tengono in vita il paziente. E sulla parola e sulle azioni del medico si gioca la fiducia del paziente. Sembra interessante notare, pertanto, come le parole espresse dal curante possano riscontrare un eco molto forte nel mondo del

paziente, il quale elabora quanto gli viene comunicato per dare senso a ciò che accade dentro di sé, come si può leggere anche nello stralcio successivo:

Sarebbe interessante raccogliere il punto di vista da entrambe le parti, capire il messaggio che veramente intendeva passare il medico al paziente e cosa lui ha percepito. Perché se non c'è un feedback anche noi rischiamo di incorrere in questo tipo di errore. Perché effettivamente, se diciamo "ah no, questo antibiotico non glielo prescrivo perché è *potentissimo*, ha *un sacco di effetti collaterali*", e poi la settimana dopo vediamo che è peggiorato e dobbiamo prescriverlo, allora pensa "oddio, sarò gravissimo se devo prendere questa medicina!". (Medico 1, donna - Intervista 2).

L'effetto emotivo generato dalle parole del curante può comportare anche dei vincoli, come vedremo nella prossima sottocategoria.

4.2. Mistificare la comunicazione, spaventare il paziente

Un limite segnalato dai partecipanti rispetto all'uso di metafore con i pazienti, consiste nella possibilità di evocare sensazioni o ricordi spiacevoli e avviare una comunicazione allarmante o mal interpretabile:

Diciamo che bisogna stare attenti a che metafora si usa, perché può darsi che la metafora con un certo paziente vada a evocare alcune cose, che sono peggio di quello che si cercava di spiegare. (Medico 5, donna - Intervista 1).

Metafore non spesso. Cerco di usare parole molto semplici in modo che possano capire, senza spaventarli, perché a volte ci sono delle emergenze o delle cose che devono essere viste subito dal medico, e quindi cerco di usare dei termini molto semplici per non spaventare il paziente. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Il fatto di *vendere un'informazione diversa* per non far stare male il paziente, vendere delle aspettative diverse, alla fine, *non paga mai*. Perché tanto poi *i nodi vengono al pettine*, quindi se uno vende una prognosi più corta e dei grandi miglioramenti poi non succede tanto... e quindi conviene essere molto più schietti e sinceri. Dopodiché, *farsi le ossa*, sapendo che, chi più chi meno, tutti sbagliamo. Quindi, voglio dire, purtroppo il nostro modo di imparare si rifà *sulla pelle dei pazienti*. (Medico 11, uomo - Intervista 2).

Dipende perché o ce l'hai pronta sennò la metafora estemporanea è più complicata, perché potrebbe dire al paziente qualcosa che tu non avevi intenzione di dire. Nel senso, se ti focalizzi troppo sulla metafora rischi che il paziente fraintenda. (Medico 15, uomo - Intervista 2).

Come abbiamo visto nel paragrafo 2.1. *Uso di metafore da parte dei professionisti*, due partecipanti raccontavano le proprie teorie riguardanti il non uso di metafore: la prima, una segretaria, sulla necessità di riportare al paziente l'informazione corretta e il secondo, un medico, circa l'eccessiva fantasiosità delle metafore nate da luoghi comuni. Metafore non ragionate possono condurre a controversie che sembrano essere delle

discordanze sulle premesse implicite degli interlocutori, mentre possono essere delle differenze sull'uso delle immagini. Il loro uso può dare un'illusione di chiarezza, pertanto, nelle seconde interviste si percepisce la necessità di creare metafore dettagliate, commentate e non estemporanee:

A volte si ricorre a delle metafore che sono più immediate, però sono sempre commentate, cioè non è dire una metafora e arrendersi e grazie. Viene comunque spiegata, in termini più espliciti, in modo che sia chiaro. Il comportamento che ho sempre avuto, anche in questo mese qui ho tenuto sempre questo. (Medico 2, uomo - Intervista 2).

Due intervistate, in particolare, hanno indicato alcune circostanze diagnostiche in cui le metafore possono sviare il paziente dalla comprensione della gravità della situazione:

Secondo me, di fronte a certe diagnosi, pur con cautela, forse è meglio esprimersi senza utilizzare delle metafore, perché forse questo a volte può essere un po' *sviante*, e quindi essere un po' più diretti sulla specificità della diagnosi. Oppure comunque anche nello spiegare perché uno fa un esame, puoi cercare di rendere più facile la comprensione, però è inutile nascondersi dietro a vocaboli diversi se io devo magari spiegare al paziente perché deve fare un determinato percorso. Perché poi è facile "edulcorare" una diagnosi, però se io mi sono fatto una determinata idea di una mia possibile patologia che poi non corrisponde al percorso terapeutico o anche diagnostico... in quel caso lì sei più diretto, anche proprio per *non creare panico*, perché già viviamo in un'epoca in cui *l'ansia domina*. (Medico 6, donna - Intervista 1).

Ci sono comunicazioni emotivamente troppo intense, sono quelle di diagnosi, brutte malattie perché croniche, invalidanti o perché oncologiche. Lì il *filtro* che viene usato da chi riceve è quello delle proprie paure, per cui non è un filtro neutrale. E quindi la metafora può essere mal interpretata. Quelli sono dei momenti in cui vanno usate *col contagocce*, in maniera precisa. Bisogna usare una altissima precisione linguistica. Il rumore emotivo è assordante, e non permette di cogliere sfumature. Per cui bisogna essere proprio *misurati* in quello che si dice. (Medico 7, donna - Intervista 2).

Se ricordiamo che alla base della creazione di una metafora non vi è un pensiero lineare ma abduittivo, imprevedibile, possiamo comprendere che nelle circostanze descritte nei prossimi stralci la metafora può avere un effetto "edulcorante", proprio in virtù della polisemia linguistica che viene attivata. Anche in queste citazioni, la parola metaforica viene contrapposta ad un linguaggio diretto o misurato "col contagocce". Del resto, anche le metafore espresse dal paziente possono essere un dettaglio che informa il curante circa le sue paure, i suoi preconcetti e le sue convinzioni rispetto a determinate terapie:

Magari ti capita chi ti dice "guarda va bene, preferisco tenermi un po' di dolore, ma non *bombardarmi* di farmaci" o "non *riempirmi* di farmaci", perché magari è una sua idea dire "preferisco non riempirmi di farmaci". (Infermiere 12, uomo - Intervista 2).

4.3. Orientare la relazione di cura

La quarta sottocategoria indaga gli effetti che possono avere le metafore sulla relazione di cura. Nella fattispecie, l'effetto principale è di disporre il legame su livelli differenti:

Beh, se anche il curante utilizza le metafore può in qualche modo *avvicinarsi* di più al paziente, e quindi rendere anche la comunicazione più diretta, più efficace. Nello spiegare una diagnosi, un sintomo, nello spiegare il perché di un sintomo magari. (Medico 10, donna - Intervista 1).

Se questo si può fare solo riuscendo a acquisire una dimestichezza e una capacità anche di *fornire dei messaggi* con terminologie non necessariamente specifiche, senza sentirsi "*degradato*" solo perché si usano parole meno in "medichese" e più in linguaggio quotidiano, questo è importante che il medico generale lo sappia fare, perché è una *chiave* per ottenere l'attenzione e la fiducia del paziente. Perché quando il paziente capisce bene cosa dici poi si fida di più. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Perché ci sarà sempre quel paziente che se non parli un linguaggio scientifico non ti considera proprio... perché magari si colloca a un livello culturale più alto. Ma questo vale sia per noi sia per i medici, nel senso che un linguaggio comune molte volte non ti dà autorevolezza, quindi non vieni considerato. (Infermiere 12, uomo - Intervista 2).

Un altro modo di usare le metafore per avvicinarsi o allontanarsi nella relazione di cura viene espresso chiaramente dall'infermiere in tirocinio, che racconta la sua esperienza con pazienti adulti che hanno una differenza di età sostanziale rispetto alla sua:

Ho notato che i pazienti stessi molte volte dicono "*sembri mio nipote*", e ti paragonano a suo nipote magari per una questione di età. E quindi si sentono più vicini a noi e chiedono spiegazioni, è un dato di fatto. Secondo me si sente più vicino a te, e fondamentalmente cosa fa? Paragona te a qualcuno che a lui è caro no? Non so, un ragazzo giovane = mio nipote. Ma questo vale un po' per tutte le tecniche, cioè dalla banale cura igienica che magari si fa al primo anno di studi, magari l'uomo vede la ragazza e dice "guarda, non è per qualcosa ma potresti essere mia nipote e non mi va". [...] E viceversa, magari anche nelle spiegazioni, cercano proprio questo *metro di paragone* per avvicinarti. Per avvicinarti e per respingerti. Perché poi dipende su cosa viene fatto il paragone: *sembri mio nipote* quindi non voglio che lo fai, oppure *sembri mio nipote* quindi preferisco chiedere a te. (Infermiere 12, uomo - Intervista 2).

La metafora assegna un'identità agli attori linguistici, diventando un "metro di paragone" nella rete di relazioni presenti fra paziente e curante. Metro che consente al paziente di avvicinare o allontanare il curante. Metro, la cui taratura diventa un elemento importante da comprendere per il curante, nella gestione del rapporto terapeutico.

4.4. Dimenticare il linguaggio medico

Fra gli effetti di un cospicuo uso di metafore, due medici hanno segnalato la tendenza a dimenticare il linguaggio professionale in virtù di un'abitudine a parlare con i pazienti usando termini non medici:

Il medico di medicina generale spesso usa un linguaggio a volte anche fin troppo direi *pratico*, fin troppo *piano*, a volte mi rendo conto addirittura di perdere qualche vocabolo, e quindi di essere un attimino in difficoltà nel confrontarmi con dei colleghi, perché mi vengono dei termini che uso regolarmente con i miei pazienti, proprio per facilitare la comprensione. (Medico 6, donna - Intervista 1).

Perché siamo talmente pervertiti al linguaggio comune, che noi stessi facciamo fatica dopo un po' di anni a parlare il *medichese*, e per questo siamo anche, come dire, guardati tra l'altro con grande sospetto d'incompetenza dai colleghi ospedalieri. Questo è un elemento estremamente interessante, per cui sarebbe interessante studiare quanto i medici (e questo ha qualcosa a che dire con questo discorso), quanto i medici di medicina generale perdano la capacità di parlare in *medichese*. (Medico 13, uomo - Intervista 2).

La tendenza ad apprendere a disapprendere il linguaggio tecnico si rivela un fenomeno saliente per la comunicazione dei curanti, conosciuto anche come “erosione linguistica”, e consiste nella possibilità di perdere il linguaggio originario quando si è esposti per tanto tempo in un ambiente che dà pochi contatti con il linguaggio professionale.

5. Utilizzare inconsapevolmente le metafore

L'ultima categoria individuata include alcune tematiche descritte dai professionisti, ricorrendo inconsapevolmente ad espressioni metaforiche. Tali tematiche sono state divise in quattro sottocategorie:

1. Metafore sull'identità;
2. Effetti del linguaggio;
3. Educazione del paziente;
4. Postura professionale, relazione di cura.

5.1. Metafore sull'identità

Il tema dell'identità ha assunto un ruolo nevralgico nella letteratura sulle metafore, riscontrando un'analogia anche in questa ricerca. I professionisti infatti le hanno

utilizzate per descrivere il proprio ruolo all'interno del gruppo, specialmente le segretarie:

Dipende forse dalle situazioni, ci sono pazienti che magari mi raccontano alcune cose, alcuni fatti avvenuti, non lo so, il decesso del marito o della moglie, o la malattia del proprio compagno eccetera, per cui beh, le mie possono essere parole di *conforto*, e quindi... il rapporto cambia rispetto a quella che è la richiesta del farmaco o la richiesta dell'informazione rispetto a quando il discorso va più sull'intimo, sulle cose personali, per cui beh è chiaro che il linguaggio ha sicuramente un impatto diverso. Cioè il fatto che non sono più un *punto di riferimento* ma divento un *punto di momentaneo appoggio*, la *spalla momentanea su cui piangere e farsi confortare*. (Segretaria 3, donna - Intervista 2).

A volte capita. Però essendo proprio il *primo passaggio*, a me dicono proprio poco, perché spesso ovviamente vogliono riportare tutto alla dottoressa, per cui con me sono sempre molto diciamo titubanti. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Il mio è il *primo contatto* telefonico, per cui non ci sono grosse richieste o non sempre riesco a utilizzare metafore, o loro non le utilizzano con me. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Diciamo che noi fungiamo da *filtro*. E quindi bisogna essere più o meno in grado di capire se il paziente ha una necessità vera, o se come dicono sempre è un'urgenza e poi magari hanno rotto un'unghia del piede... però, difficile diventa stabilirlo al telefono. (Segretaria 9, donna - Intervista 1).

Comunque, in linea di massima poi mi confronto con altre colleghe che lavorano e per tutte vale un po' questa cosa, comunque l'infermiera, anche culturalmente è vista un po' di più... un po' meno *rigida* dei medici, è proprio diverso il tipo, perché il medico deve fare una diagnosi, l'infermiera no. (Infermiera 4, donna - Intervista 2).

Sembra interessante notare come, invece, l'infermiere in tirocinio descriva la sua figura professionale attraverso una metafora appresa nel contesto universitario:

Mi ricordo una lezione che diceva "l'infermiere è un *ambiguo mediatore*", cioè da una parte parli in modo scientifico, dall'altra invece parli un linguaggio comune per tutti. E quindi la tua appropriatezza di linguaggio, il capire chi ho davanti, parlare in un determinato modo è fondamentale. (Infermiere 12, uomo - Intervista 2).

In una sola intervista, un medico ha utilizzato una metafora per spiegare come le aspettative dei pazienti possano non coincidere con le possibilità di guarigione attuali, per cui lo stralcio successivo illustra chiaramente la necessità di dire la verità al paziente, senza creare false illusioni circa possibili terapie inesistenti, attraverso la metafora degli "stregoni":

Perché la medicina non è solo quello. Poi c'è anche chi guarisce e quindi si sorride tutti insieme, però se c'è un problema di dolore da artrosi, non dirò certo al paziente "tranquillo, con questa terapia fra due mesi non avrà mai più male" ... quello che gli si dice è "Lei *questa cosa se la porterà nella tomba*, cioè, avrà male da ora in poi" perché l'artrosi è così, non si cura la causa, si guariscono i sintomi, si fa una terapia palliativa e questa nel modo in cui viene posta può essere più o meno accettata dal paziente. Non sempre viene preso

bene, però voglio dire, gli si dice anche che purtroppo non è per cattiveria, è che *non siamo stregoni* e se non ci sono le terapie non ci son le terapie. (Medico 11, uomo - Intervista 2).

Un altro motivo per cui la metafora viene utilizzata nella cognizione umana è per la riduzione della complessità. Né è esempio l'uso che talvolta si può fare per generalizzare alcune situazioni con i pazienti, con la definizione "caso classico":

Caso classico: paziente giovane che viene e mi dice "senti ma io non mi oso ad andare dal dottore perché..." (Infermiera 4, donna - Intervista 2).

Metafore di questo tipo sono molto ricorrenti nel linguaggio quotidiano, in quanto l'essere umano, per sopravvivere in un contesto ricco di informazioni, è portato a sintetizzare, procedendo per categorie. Tale capacità di sintesi facilita la memoria dei professionisti della cura, soprattutto per ricordare i pazienti in base ad una loro caratteristica particolare. Esiste poi un uso di metafore che, invece, può sembrare poco rispettoso per identificare i pazienti: un partecipante per esempio ha raccontato di ricordare delle metafore espresse dai chirurghi nei reparti ospedalieri, per identificare alcuni pazienti e distaccarsi dal coinvolgimento che una relazione più vicina può implicare:

[...] come il medico possa comunque ferire il paziente quando, secondo me, cerca di mettere in atto dei *meccanismi per distaccarsi* da quello che deve fare. Cioè l'ho visto spesso con i chirurghi. Ed è anche vero che in pronto soccorso, nei reparti, ogni tanto scappa "la *balena* dove la mettiamo?". O qualche altro paziente viene identificato - questo me lo ricordo - come "la *mummia*", nel senso che era un vecchino che stava lì da mesi, sempre più o meno vivo, ma stava lì. E ho sentito questo soprannome "La *mummia*", perché lo identifica facilmente, non hai problemi con il nome, perché spesso in un reparto ci sono persone con nomi simili, e secondo me distacca un pochino dal peso proprio di sbagliare con una persona che sta per morire di lì a breve, secondo me rende tutto un po' più impersonale. È chiaro che visto dall'altra parte è un insulto... su questo non c'è dubbio. (Medico 15, uomo - Intervista 2).

5.2. Effetti del linguaggio

Fra le metafore più comuni per descrivere gli effetti del linguaggio è quella del "peso delle parole". Seppur ritrovata anche in altri stralci precedenti, due citazioni in particolare sembrano essere esemplificative per intercalare il significato di questa metafora nella comunicazione con il paziente:

Mi son resa conto per un episodio, che adesso non sto a raccontare nel dettaglio, però spesso le parole che scegliamo *hanno un peso importante* per quello che recepisce il paziente. Dovrò farci un pochino più di attenzione: nelle spiegazioni, su un termine che utilizziamo, su parole che non dovremmo utilizzare come "mai" ... perché in medicina "mai" non esiste. Però se diciamo a un paziente "questa cosa non potrà

verificarsi mai”, perché magari pensiamo che sia una possibilità remota, e poi invece questo fatto si verifica e il paziente ti dice “ma, insomma, lei mi aveva detto mai”. O “sempre”, insomma, questi termini assolutistici andrebbero usati con attenzione. (Medico 1, donna - Intervista 2).

Come ogni linguaggio, *ha molto peso* la parola che si sceglie e le espressioni che si usano. L'espressione non verbale ma anche la parola. Non so, adesso mi viene in mente che possiamo usare la parola “*proviamo questo farmaco*” no? Il concetto è quello, però magari la parola provare può far pensare “Ma questa cosa fa, dei tentativi così a caso?” e invece magari vuol dire “verifichiamo l'effetto di questo farmaco su di lei”. Quindi le parole per lo stesso concetto possono avere una *risonanza* diversa, quindi le parole che si scelgono sono molto importanti. (Medico 5, donna - Intervista 2).

Il linguaggio viene descritto anche nei suoi effetti pragmatici, in quanto “strumento” non solo in grado di comunicare ma anche di disporre azioni, prassi cliniche:

Nel senso che, spesso, anche solo la visita o la conversazione del curante, cioè quello che il curante dice, a volte tranquillizza il paziente, o è *strumento* comunque *d'indagine, di decisione...* anche solo il linguaggio serve a decidere, a prendere decisioni, a tranquillizzare il paziente o a intraprendere percorsi diversi. (Medico 8, donna - Intervista 1).

Nelle seconde interviste, la crucialità del linguaggio viene associata a quella della diagnosi o alla potenza dei farmaci, rimarcando maggiormente i rischi che possono essere presenti in ogni comunicazione:

Eh dipende dal medico, perché può avere *effetti distruttivi*. Cioè molte volte a me capitano dei pazienti che arrivano spaventati, preoccupati, perché magari hanno fatto una visita e gli è stato detto magari in modo troppo diretto il problema, e ha un effetto importante. È *fondamentale quasi quanto la diagnosi*. Qualunque diagnosi tu debba comunicare al paziente, non vuol dire che devi prenderlo in giro, devi essere sempre consapevole del problema, devi sempre dirgli i pro e i contro, e non devi mai limitarti a dire “lei ha questo, punto e basta”: ma vale per il raffreddore come vale per il tumore. Quindi è capitato che qualche volta magari un medico ha utilizzato un linguaggio troppo... non esplicito ma troppo diretto, senza dare successive spiegazioni, e il *paziente rimane lì bloccato*. Rimane lì bloccato, e poi *scateni una serie di reazioni* che portano poi all'ansia, alle fobie e tutto il resto. (Medico 2, uomo - Intervista 2).

Sono assolutamente convinto che ha la stessa identica *potenza* dei farmaci, nel senso che quello che viene definito effetto placebo non è un effetto assente, è un effetto farmaco-dinamico assolutamente potente, ampiamente documentato a questo punto da una serie di studi clinici che mostrano come, ad esempio, a somministrazione di farmaci in maniera automatica (fatta da un robot tanto per intenderci) non ottenga gli stessi e identici risultati terapeutici della somministrazione fatta all'interno di una relazione umana. Di scambio quindi di informazioni a livello molto più elevato di quello che può essere uno scambio o un'erogazione puramente “di fatto” e quindi automatica di una terapia. (Medico 13, uomo - Intervista 2).

5.3. Educazione del paziente

Esistono molte metafore usate dai curanti rivolte all'educazione di quei pazienti che hanno particolari preconcetti rispetto ad alcune terapie, oppure rispetto a coloro che hanno già in mente la terapia da seguire, perché hanno appreso da familiari, parenti, internet o medici di altri conoscenti, per i quali a determinati sintomi corrisponderebbe una certa terapia che in determinate circostanze ha funzionato, per cui i pazienti chiedono al proprio medico di seguire lo stesso percorso terapeutico. Nelle prime interviste emergono delle metafore che spiegano il dovere del medico nei confronti del paziente, tra cui "fornire strumenti", indicazioni, messaggi:

Quello che dovrebbe fare il medico è *dare strumenti* per poter decidere in maniera più consapevole possibile. Nel senso fornire tutti gli strumenti spiegando il più possibile in maniera tale che il paziente possa decidere autonomamente ma in maniera consapevole. Non solo sulla base di una credenza o di una convinzione, di un pregiudizio. (Medico 8, donna - Intervista 1).

Bisogna sempre cercare di *trasferire il messaggio* in modo delicato, però, se c'è da preoccuparsene, se c'è da seguire il problema, se c'è da stare attenti da magari cambiare la dieta, è ovvio che il paziente deve prendere sul serio il discorso, quindi non è che gli si parla di stelline, fiori e... robe colorate. Se è una cosa seria se ne parla in modo serio. Però è ovvio che non se ne può parlare con una terminologia medica, perché sennò non capisce *un tubo* e magari è anche controproducente poi nel lavoro successivo. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Il modello educativo che si pone alla base di questa metafora è di tipo trasmissivo, con l'obiettivo professionale di consentire al paziente l'acquisizione di un messaggio:

Il mio obiettivo è che quando esce di qua si è *portato via delle soluzioni* no? Nelle mie possibilità perché poi io sono un'infermiera, non è che posso tanto... però cioè, quello che è il mio ambito, vorrei *dare delle soluzioni*. (Infermiera 4, donna - Intervista 1).

In questo ambito specifico della Medicina Generale, nel rapporto col paziente, secondo me la cosa primaria, l'obiettivo primario è far sì che il paziente *faccia suo il messaggio*. E se per farlo è necessario usare il lessico e le metafore, il lessico più facile, le metafore e... si usano. (Medico 11, uomo - Intervista 1).

Devo dire che la mia scelta professionale è quella di fornire il più alto livello possibile di conoscenza tecnica ai miei pazienti, che consenta loro di spiegare e di *prendere possesso* della patologia che eventualmente arrivo a diagnosticare (Medico 13, uomo - Intervista 1).

A fronte di diagnosi difficili da accettare, il medico può accompagnare il paziente a comprendere gradualmente quanto diagnosticato. Questo processo viene espresso con la metafora del "metabolismo":

Bisogna anche aiutare il paziente a *metabolizzarla*, e anche a comprenderla bene, quali sono i problemi reali, quali sono invece le cose di cui non si deve preoccupare, quali sono le sue possibilità, cioè parlare diretto per me è comunicare in modo non completo o incompleto qualcosa al paziente. (Medico 1, uomo - Intervista 2).

Altre metafore ricorrono nella descrizione dei pazienti, sulla capacità (o mancata capacità) di riconoscere la qualità delle informazioni reperite su internet:

Assolutamente sì, ma poi adesso soprattutto, secondo me non c'è un giorno in cui tu non apri una pagina su internet o su un social dove ti viene una pubblicità su "la *soluzione* per il tuo colesterolo" o la soluzione per il tuo mal di testa, come prima appunto con un collega parlavo dei vaccini: trent'anni fa era più facile convincere i genitori a vaccinare i bambini. Adesso col discorso di internet, dei social e tutto il resto, a volte la gente crede di più a quello che legge su internet rispetto a quello che dice il proprio medico. E non vuol dire che tutto quello che c'è scritto su internet *sono delle baggiane*, non vuol dire questo, devi anche essere in grado di saper *filtrare*, e il paziente non sempre è in grado *con la propria testa di filtrare* queste cose perché nella vita fa un altro lavoro, però si capita, capita spessissimo. (Medico 1, uomo - Intervista 2).

Si cerca sempre di un po' *demonizzare* internet, anche in maniera eccessiva, dicendo che alla fine su internet (ed è vero) si trova qualunque cosa, e che non è detto che quello che il paziente ha trovato su internet sia la sua storia, la sua patologia, la sua manifestazione di quella patologia. E che alla fine su internet non ci sono strumenti per *controllare la qualità* di quel che si legge. Nel senso c'è di tutto, dall'articolo scientifico validato ufficialmente alla notizia scientifica tipo *gossip*. Per cui, a volte, se non si fa quel lavoro *non si hanno gli strumenti per discernere* e rendersi conto della qualità di quello che si sta leggendo. (Medico 8, donna - Intervista 2).

I pazienti possono apprendere queste informazioni sanitarie attraverso il proprio vissuto (esperienze passate) o i racconti altrui su altri casi clinici:

Possono non coincidere ma rappresentano comunque tutt'e due delle situazioni che meritano attenzione, perché dietro ci può essere poi effettivamente, sia in un caso (clinico) che in un altro (che è il suo vissuto), ma dietro quel vissuto magari c'è *un mondo su cui intervenire*. (Infermiera 4, donna - Intervista 2).

È tutto questione di parole... noi siamo quello che abbiamo vissuto, ma lo esprimiamo con le parole. E va mediato, va spiegato. E allora un pensiero fisso che è *legato* probabilmente a un pregiudizio, va *smontato*. [...] Basta spiegare. Spiegare, documentare, far vedere... ci va tempo. Ci va pazienza. Ci va disponibilità. Ma a me non è mai capitato. Una volta spiegato... cioè, è capitato costantemente ma non è mai capitato che quel pensiero si *fossilizzi*. (Medico 7, donna - Intervista 2).

Ciò accade anche quando i pazienti sono convinti di alcune terapie perché hanno sentito amici, parenti, familiari, o medici di altre persone che hanno prescritto una determinata terapia ad apparente parità di sintomi, per cui i pazienti si convincono (talvolta pretendono) che quella terapia venga prescritta anche a loro, non conoscendo tutti i fattori che precedono una diagnosi ed un'eventuale prescrizione.

Spesso, molto spesso sì. Ma è un *bagaglio* costruito su confidenze fatte da un parente, fatte da un amico, su una cosa che ho letto lì, perché “è normale che sia così”, perché se non fosse così il paziente sarebbe un medico, cioè non è un bagaglio costruito su una formazione fatta come si deve e professionale, è un bagaglio costruito su “i rimedi della nonna”, su quello che è successo a mio cugino, su quello che mi ha raccontato il mio collega di lavoro e tutto il resto. Il paziente se lo costruisce da solo, e il paziente deve avere l'intelligenza di capire che, se vai da un medico, la prima cosa che tu devi *avere in mente* nel momento in cui attraversi quella porta è la fiducia nel medico. (Medico 1, uomo - Intervista 2).

Per spiegare in che modo sia possibile decostruire i pregiudizi dei pazienti, le metafore più frequenti sono state “far emergere” le convinzioni o “smontare” i preconetti, così come il dualismo che intercorre fra “mettere i paletti” e “trovare degli spiragli”:

Cerco di capire prima quali sono le loro idee e su cosa sono basate. E poi a seconda della situazione se hanno un fondamento di verità, o se invece sono basate su degli errori di base, e cerco di spiegare l'errore di base: se sono basate magari su delle convinzioni irrazionali, o più emotive, si cerca di *farle emergere*, cioè dipende. (Medico 5, donna - Intervista 2).

Sì sì, a volte anche di *smontare* un po' delle idee preconette che ci sono, sicuramente. Poi, io dico sempre che... io per esempio non sono assolutamente esperta di omeopatia, ci sono *un sacco* di pazienti che vengono e ti dicono “io mi curo con l'omeopatia”, e io sempre “guardi, per me va benissimo, ma l'importante è che lei quando ha una polmonite non venga a dirmi che si cura con l'omeopatia perché lì non ci siamo più”. Però va bene cioè, fa anche bene quello, l'importante è che nelle situazioni importanti, quelle vere insomma, mi seguano. Il che può anche essere un atteggiamento però perché, a volte, l'essere *a muso duro*, porsi subito in contrasto col paziente che arriva col suo percorso, credo che sia controproducente, e invece secondo me *mettere i paletti giusti* nel dire “va bene, se lei vuole prendere qualche farmaco omeopatico perché è convinto che le aumenta le difese immunitarie lo prenda, l'importante è che se le viene una cosa importante, una patologia, poi non mi dica che si cura solo con quello” ecco insomma, cercare di *trovare lo spiraglio per entrare in sintonia* comunque col paziente. (Medico 6, donna - Intervista 1).

5.4. Postura professionale, relazione di cura

L'ultima sottocategoria coglie le metafore usate inconsapevolmente per descrivere la postura professionale nella relazione di cura. Non vi sono state differenze significative fra le prime e le seconde interviste, ma la descrizione si concentra sulle metafore “calibrarsi”, “calarsi” e del saper “dosare” parole e sentimenti:

Io cerco sempre di *calibrarmi*, prima cerco di capire che convinzioni hanno e che valori hanno, dopodiché io conosco le mie, e cerco di calibrare la mia relazione... perché il mio fine qual è? Un'efficacia in qualche modo. Terapeutica o non, io ho degli obiettivi col paziente quando viene. (Infermiera 4, donna - Intervista 2).

[...] quindi io cerco di spiegare e usare esempi eccetera, proprio per cercare di far capire le cose, a volte nel modo più semplice possibile, per altre persone non è necessario, ma di *calarmi* un pochino anche nel contesto

del paziente, quindi utilizzare esempi che possono essere comprensibili. La comunicazione *passa* anche dalla comprensione, se io non ho capito... io non posso aver comunicato un bel niente, se il paziente non ha compreso davvero. (Medico 6, donna - Intervista 2).

Soprattutto in queste cose, perché nessuno ti insegna che dipendono da delle capacità proprie di saper *dosare* le parole, saper *dosare* i sentimenti, saper dosare l'espressività ma che non ha una base didattica, perlomeno, nella nostra laurea non c'è un corso in cui ti dicono come porti col paziente, se star seduto o se stare così più vicino al paziente e leggermente reclinato in avanti, quelle sono cose che impari nel tempo e che poi fai tu e non c'è nessuna fretta, tanto il paziente può rimanerci male, ma per fortuna non è quello che cambia poi la prognosi della malattia. (Medico 11, uomo - Intervista 2).

Infine, due modi opposti di porsi e descrivere la relazione di cura, fra compromessi e ingerenze:

Secondo me appunto spiegando, cioè parlando e spiegando il più possibile, perché dire "deve fare questa terapia" senza poi dare una spiegazione non aiuta, perché se il paziente è convinto che quella terapia non è per lui e non gli fa bene non la fa, e quindi *non si è arrivati a nessun risultato*. Quindi sicuramente spiegando, *spendendo* parole, tempo, per spiegare e far capire al paziente l'importanza di una determinata terapia. Poi, se si può ovviare e dare un altro farmaco, si prova, nel senso di uguale magari efficacia o che può comunque andar bene si prova sempre a darne un altro se il paziente è proprio *irremovibile sulla sua posizione*. Di solito faccio così, e nel caso più estremo di proprio impossibilità di comunicare o di *arrivare a un compromesso* e di *negoziare*, si scrive di solito in cartella "Proposta tale terapia, paziente rifiuta". Nel peggiore dei casi in cui la comunicazione *va proprio a rotoli*, cioè nel senso non serve a niente. (Medico 8, donna - Intervista 2).

Di fatto non è una *trattazione* il rapporto, non è un *compromesso* il rapporto fra medico e paziente. Il paziente viene a farsi visitare e il medico deve avere *assoluto potere*, in modo ragionevole ma deve avere assoluto potere sulla visita e in qualche modo *mantenere* una certa *ingerenza* sulle scelte del paziente. Il paziente deve sentirsi, ovviamente, a suo agio, protetto e tutto ma soprattutto deve sapere che quello che gli viene detto è una specie di *compito a casa* paragonabile a quello che gli veniva dato alle elementari dalla maestra. È una cosa da fare e si fa così, non è che si può scegliere. (Medico 11, uomo - Intervista 2).

VI. Discussione e sviluppi futuri

In quest'ultimo capitolo incroceremo i dati analizzati con la bibliografia esistente, per capire in che modo essi si avvicinino o si discostino da quanto rilevato da altri ricercatori. Il capitolo ha l'obiettivo di rispondere alla domanda di ricerca iniziale, circa la rappresentazione delle metafore nel gruppo coinvolto. La domanda di ricerca è volta ad esplorare il fenomeno della metafora alla luce delle rappresentazioni dei partecipanti, attraverso analogie e differenze con la letteratura.

1. Analogie, differenze, relazioni con la letteratura revisionata

Una prima analogia riscontrabile nel primo tema, circa la descrizione di esperienze di malattia, di sintomi e di terapie, riguarda un uso di metafore da parte dei pazienti per spiegare prevalentemente i propri sintomi (Hanne, 2015) e in particolare il dolore, rivelando attraverso queste espressioni alcune emozioni come la paura o i preconcetti che nutrono verso alcune terapie (es. non bombardarmi di farmaci): un risultato simile è stato ritrovato da Nations et al. (2009) a proposito della malattia di Hansen, per il quale studio è stato importante riconoscere che l'atteggiamento non "compiante" dei pazienti può derivare, appunto, dai preconcetti che questi ultimi hanno verso le terapie.

Un'altra analogia significativa riguarda, invece, il tipo di metafore che usano i medici nel dialogo con i pazienti: i processi di significazione entro i quali si innestano le strategie di comunicazione dei curanti, sono rivolti all'uso di metafore meccaniche (Mabeck & Olesen, 1997; Reisfield & Wilson, 2004; Soler & Okkes, 2012) e metafore belliche (Harrington, 2012; Sontag, 1990), con la novità delle metafore edili (ad esempio, per spiegare la patologia IG4 correlata). Le metafore quindi richiamano un eco di qualcosa che si può controllare, di una creazione che si può gestire. In questa ricerca, al contrario, non sono state espresse metafore creaturali, non tenendo conto di una visione più naturalistica del corpo: in questo senso, tale risultato si dimostra coerente con la

letteratura (Mik-Meyer & Roelsgaard, 2012; Soler & Okkes, 2012), anche se l'uso di tali metafore non viene percepito come "dannoso" da parte dei curanti (Reisfield & Wilson, 2004). Un terzo elemento che accomuna l'esperienza dei medici rispetto all'uso delle metafore con i pazienti riguarda il fatto che esse possano mistificare la comunicazione o spaventare il paziente, come già aveva accennato Sontag (1990).

Fra il primo e il secondo tema emerge un'analoga considerazione sull'ambivalenza delle metafore (Czeichmeister, 1994). La differenza che emerge in questo studio fenomenologico, consiste nel fatto che le posizioni dei curanti non sono generalizzabili, trovando un riscontro più vicino ad un *position paper* (Olweny, 1997), nel quale si assume che l'ambivalenza della metafora non sia dovuta tanto al fenomeno in sé, quanto dai processi di codifica del messaggio da parte del paziente e del curante, così come dall'accuratezza necessaria nel creare la metafora, sempre da parte degli interlocutori, e poi dalla pertinenza della metafora in relazione al messaggio da esprimere e dal contesto (dalla situazione). Viene confermato inoltre il fatto che, per alcune diagnosi infauste, sia preferibile non usare le metafore per non confondere il paziente (Sontag, 1989).

Nel secondo tema, che riguarda lo sviluppo delle pratiche professionali, le analogie vertono sull'uso che i curanti fanno delle metafore nel colloquio clinico. Una prima analogia la ritroviamo nella spiegazione di alcune terapie ai pazienti (Nations et al., 2009; Sontag, 1990), del funzionamento della malattia (Skelton et al., 2002) con la differenza che in questo studio i curanti affermano di utilizzarle anche per spiegare il principio attivo dei farmaci, di referti specialistici, di esami diagnostici e dell'utilizzo corretto dei dispositivi medici. Come abbiamo potuto vedere nella letteratura, la spiegazione del funzionamento di alcuni concetti attraverso metafore ha la capacità di influenzare il *decision-making* dei pazienti, come si evince nello studio di Scherer et al. 2015, a proposito dei vaccini. La seconda analogia con la letteratura la ritroviamo nell'uso di metafore per facilitare il ragionamento diagnostico (Hanne, 2015; Østergaard, 2005), anche se in questa ricerca viene spiegata anche la modalità con la quale questa facilitazione avviene, ovvero ricordando le metafore espresse da altri pazienti visitati in precedenza. La metafora diventa un "metro di paragone" per capire se agire in modo analogo a situazioni precedenti o meno (*il tuffo al cuore, il cane che morde* ecc.). Un altro modo per facilitare tale ragionamento è il pensare per metafore avvalendosi di un'inferenza matematica che somma due informazioni (*"perché dimagrimento + sangue"*; Infermiera 4 - Intervista 2): sulla relazione che intercorre fra ragionamento matematico e ragionamento metaforico il dibattito corrente è ancora attivo (Lakoff & Núñez, 1997, 1998, 2000; Núñez & Lakoff, 1998, 2005).

Nel terzo tema (individuare vantaggi e limiti delle metafore) ritroviamo un riscontro positivo circa l'uso di metafore per descrivere la propria identità professionale all'interno di un'organizzazione, come affermato consistentemente dalla letteratura (Goodman, 2001; Kaya et al., 2013; McAllister et al., 2014) e anche in questo caso le metafore vengono utilizzate in prevalenza dagli infermieri, ma anche dalle segretarie. Nel quarto tema, poi, riscontriamo il ricordo delle metafore sui testi di formazione, non tanto su quelli clinici quanto inerenti alla fisica e all'anatomia (Masukume & Zumla, 2012).

Cosa sappiamo di nuovo grazie a questa ricerca? Nel primo tema, si evince che l'uso di metafore da parte dei pazienti sembra protendere per il genere femminile e per l'età anziana, anche se l'esperienza dell'infermiera sembra disconfermare tale presupposto. Viceversa, la capacità di esprimere e comprendere metafore da parte dei curanti, varia a seconda degli individui e non tanto dal genere, dall'età o dalla professione. Non ci sono riferimenti specifici su tali informazioni a livello qualitativo, anche se molte ricerche della letteratura analizzata sono state condotte con partecipanti di genere femminile, e questo potrebbe essere un indizio circa un interesse "di genere" rispetto a tale tematica: questo risultato, non essendo comunque generalizzabile, potrebbe essere indagato con una ricerca quantitativa successiva. L'attraversamento della metafora del paziente, comunque, consente di aprire scenari clinici che potrebbero essere stati trascurati, per cui il saper cogliere il non-detto del paziente può rivelarsi di fondamentale importanza.

Nella congiunzione fra primo e secondo tema ritroviamo che i curanti di medicina generale sono in un certo senso "costretti" ad usare le metafore, in quanto i pazienti "non capirebbero". Un elemento interessante che emerge, e che può essere fortemente collegato alla professione dei medici di famiglia, riguarda il fatto di creare delle metafore che siano *patient-tailored*, cioè incentrate sulla storia del paziente. Questo risultato non viene ritrovato nella revisione della letteratura, ma è molto simile a quanto avviene con l'uso strategico delle *metafore terapeutiche* fatto in psicoanalisi (Paoli, 2014). Una seconda differenza fondamentale riguarda l'assenza del legame fra metafore e memoria nella letteratura esaminata, specialmente per il fatto che i pazienti possono ricordare le metafore o le parole del curante (*sempre, mai, proviamo*, ma anche la metafora riguardante la necessità della nefrectomia). Come abbiamo visto nel capitolo teorico sulle metafore, tuttavia il legame con la memoria, si rivela centrale negli studi fatti in ambito psicologico (Marini et al., 2014; Proverbio et al., 2009).

Nello specifico del secondo tema, il legame con la memoria diventa più profondo, specialmente quando due medici hanno dichiarato che l'uso prolungato delle metafore comporta il dimenticare il linguaggio medico: questo risultato si rivela importante,

poiché l'educabilità linguistica permette al medico di farsi capire maggiormente dai pazienti ma, al contempo, viene percepito come un medico "diverso" da parte degli specialisti ("a volte mi rendo conto addirittura di perdere qualche vocabolo, e quindi di essere un attimino in difficoltà nel confrontarmi con dei colleghi", Medico 6 - Intervista 1). Essere abituati a parlare in modo non tecnico potrebbe influire anche su un'eventuale collaborazione fra tali figure professionali, per esempio nei gruppi di associazionismo complesso. Una seconda differenza riguarda il fatto che i medici creino ed utilizzino delle metafore, che sono delle "buone teorie" per loro, in quanto rivelatesi efficaci anche con altri pazienti. Non manca poi la riflessione sugli effetti del linguaggio, spesso descritti con metafore di tipo medico (*contagocce, dosare le parole, quanto la diagnosi, la stessa potenza dei farmaci ecc.*). I curanti sembrano essere molto consapevoli sugli effetti che le metafore, e in generale il linguaggio del professionista, possono comportare sulla vita dei pazienti, ciascuno dei quali è unico e ha diverse capacità di interpretare le parole del curante. La strategia più frequente in questo gruppo consiste nel comprendere i valori e le aspettative dei pazienti, calibrarsi su di esse ed eventualmente, creare una metafora che possa facilitare il dialogo.

Un'altra differenza, con la letteratura analizzata, la si ritrova nel fatto che le metafore utilizzate dai pazienti, ma anche dai curanti, orientano la relazione professionale, avvicinando o allontanando professionista e paziente, disponendo i corpi in uno spazio simbolico (*capire chi ho di fronte, calarmi nel contesto del paziente ecc.*). La metafora, quindi, diventa informazione rispetto alla relazione di cura.

La quarta differenza consiste nel fatto che i curanti non abbiano ricordato metafore espresse dai pazienti, che descrivessero la propria identità, al contrario di ciò che riporta la letteratura (Gibbs & Franks, 2002; Reisfield & Wilson, 2004; Nations et al., 2009).

Trasversalmente fra terzo e quarto tema, cioè tra l'organizzazione e la formazione, ritroviamo l'esempio della metafora della neurochirurgia, che è stata creata da un medico con almeno vent'anni di esperienza sul campo, ed è stata appresa da un altro medico all'interno del medesimo gruppo. Il ricordare la metafora di un collega implica la trasmissione di un sapere elaborato negli anni, diventando una buona pratica educativa. Vi è tuttavia un uso simile delle metafore, per spiegare alcune prassi da condividere collettivamente, come lo studio sul *loop* dell'ascolto (Cocksedge & May, 2005) e quello del viaggio col paziente morente (Zambrano & Barton, 2011). Inoltre, le metafore hanno anche un ruolo nel descrivere l'identità del paziente, anche se questo aspetto è stato affrontato in maniera molto marginale. Seppur non emerso nella revisione bibliografica, questo risultato trova delle conferme sia nella letteratura (Mabeck & Olesen, 1997), sia

nel background teorico riguardante lo studio delle metafore nelle neuroscienze (Casasanto & Gijssels, 2015).

La discussione si sposta maggiormente nel quarto tema, dove i curanti utilizzano spesso metafore per descrivere le strategie educative da tenere nei confronti dei pazienti (*fornire strumenti, trasferire il messaggio, portarsi a casa soluzioni ecc.*), ma lo fanno in maniera molto inconsapevole: il tipo di metafore che emerge con più frequenza è sempre di tipo lineare, meccanico, coerentemente con quanto emerge per le metafore usate nel primo tema. Un secondo aspetto nuovo riguarda l'utilizzo delle metafore orientate ad uno scopo preciso, che in questo caso riguarda il motivare i pazienti ad affrontare interventi difficili (come nella storia della nefrectomia, con la metafora del *ginocchio sbucciato*). Ciò presuppone che il paziente sia educabile attraverso questi espedienti, che richiedono di essere espressi con un certo tono di voce, con ritmi rallentati, inconsapevolmente coerentemente con le metafore terapeutiche (Burns, 2007; Paoli, 2014). Di conseguenza, è emersa anche la possibilità di promuovere l'empowerment del paziente ("riducendo al minimo la fantasiosità per aumentare la capacità di controllo e [...] l'empowerment per i pazienti", Medico 13 - Intervista 2).

2. Ripensare le metafore per la formazione dei professionisti sanitari

Ogni esperienza umana, secondo la fenomenologia, si fonda su una "realtà" che pur potendo essere descritta in tanti modi differenti, resta comunque inscritta in un orizzonte univoco: tre ricercatori potrebbero quindi descrivere la struttura di un fenomeno in modi diversi, ma le tre descrizioni non saranno mai in tutto e per tutto differenti (Ghirotto, 2009). Se quindi l'obiettivo della ricerca fenomenologica in educazione è quello dell'indagine dell'esperienza dei partecipanti, studiare un fenomeno da questo punto di vista implica esplicitare il contesto, descrivere i soggetti, e collocare l'importanza del fenomeno all'interno di un caso specifico: il punto fondamentale è comprendere se, alla luce delle triangolazioni fatte dai ricercatori, anche i lettori possono vedere ciò che i ricercatori hanno visto (ibidem). Alla luce di questa premessa, proponiamo di seguito un'interpretazione fenomenologica delle metafore linguistiche nel gruppo coinvolto, che non vuole dirsi generalizzabile, ma che cerca di unificare quanto emerso dalla ricerca, anche attraverso le lenti della letteratura.

2.1. La metafora come fenomeno epistemologico

Per rispondere alla domanda di ricerca, possiamo definire una propensione del gruppo a considerare le *metafore vive* come un linguaggio “variopinto”, come affermato dal positivismo logico (Russell, 1956; Wittgenstein, 1997) spesso contrapposto a quello medico, con la differenza che soltanto i medici con più esperienza legano tali espressioni alla dimensione biologica dell’individuo. La rappresentazione della metafora varia tuttavia se espressa dai pazienti, diventando una specificazione del sintomo nella maggior parte dei casi, o se viene espressa dai medici, diventando un tipo di linguaggio più “basso”, accessibile, semplice, per avvicinarsi al paziente. L’uso delle metafore, in linea di massima, sembra essere collegato di più al genere femminile, ma dalle interviste emerge un uso maggiormente “inconsapevole” nei partecipanti di genere maschile.

Secondo la distinzione delle metafore proposta da Ricoeur, le *metafore morte*, non vengono sempre riconosciute come tali: alcuni partecipanti ad esempio spiegano la metafora della gabbia toracica come se questa presupponesse l’averne una vera gabbia dentro di sé mentre, in realtà, una metafora non può essere presa “alla lettera” (dire “gabbia toracica” non vuol dire avere letteralmente una gabbia dentro di sé). Questa interpretazione (ossia non considerarla metafora), tuttavia, sarebbe coerente con la rappresentazione iniziale, che vede la metafora come linguaggio variopinto, separato dal linguaggio tecnico. Ma questo sarebbe anche un paradosso logico, che avvalora in realtà la funzione della metafora (far cogliere l’analogia fra due informazioni).

Paradosso logico, perché le metafore vengono assimilate più facilmente dal nostro sistema linguistico, quanto più si ha *familiarità* con le informazioni di riferimento: la metafora italiana “mangiare la foglia” è un’espressione che indica diventare consapevoli di qualcosa non facile da intuire (Proverbio et al., 2009), tuttavia una persona straniera potrebbe non capirla perché manca il referente culturale, per cui la connessione fra un’immagine e l’altra non sarà immediata. Quindi, le metafore vengono facilmente assimilate dal nostro sistema linguistico quanto più ci diventano familiari. Tuttavia, la familiarità non è il presupposto per il quale una metafora venga riconosciuta come tale, proprio perché l’associazione diventa talmente immediata da non destare più stupore concettuale, passando quindi dal pensiero creativo a quello lineare, così come dalla polisemia del significato alla sua monosemia: la metafora dell’*albero* bronchiale creerà un’immagine diversa in un bambino rispetto ad uno pneumologo.

La familiarità con una metafora è legata alla flessibilità dei rituali con cui ripetiamo alcuni pattern di significato, influenzando sulla nostra assuefazione verso lo stimolo: la

comprensione di queste immagini sembra essere collegata alla nostra *memoria* (Marini et al., 2014). La differenza fra le due metafore, perciò, è nell'apertura e nella chiusura di significati: mentre la metafora viva porta più informazioni e quindi è più facile che venga mal interpretata, la metafora morta non viene considerata metafora, perché il suo significato è già *pre*-determinato, e quindi non vi è il rischio di intendere qualcosa di diverso. Del resto, la pluralità di significati è in netto contrasto con la necessità di “chiarezza” richiesta durante il colloquio clinico: per tale motivo, la metafora necessita di essere spiegata dal medico per aiutare il paziente a cogliere il senso preciso di quanto egli intenda comunicare.

Dall'esperienza dei partecipanti si direbbe quindi che la metafora sia un fenomeno *epistemologico*, riconoscibile come tale se in essa viene riconosciuto un valore polisemico, ossia se essa è portatrice di più interpretazioni possibili. Epistemologico, perché la rappresentazione che ciascun partecipante ha delle metafore ha poi un riverbero diverso nella comunicazione con il paziente. Considerare le metafore come un linguaggio popolare è molto diverso dal ritenerle strumenti neurobiologici e, di conseguenza, questo si collega con la possibilità di selezionare certe informazioni date dal paziente come rilevanti o come esagerazioni. Come abbiamo potuto comprendere dalle interviste, la sottovalutazione di ciò che riporta il paziente può condurre verso una trascuratezza di non poco rilievo, poiché il “lasciato intendere” da parte del paziente è un suo invito per il curante a decifrare, fra le righe, un mondo di significati che si nasconde dietro le sue parole.

2.2. La metafora come fenomeno relazionale

In maniera più o meno evidente, i nostri partecipanti hanno fatto esperienza della metafora in tutte le sue funzioni, precedentemente descritte nel Capitolo I (cognizione, comprensione, pensiero metaforico e uso terapeutico). Nel confronto fra i temi della letteratura del Capitolo III e le macro-categorie rintracciate nel Capitolo V, la metafora sembra essere un fenomeno *relazionale* che, oltre a mostrare una relazione fra due informazioni, descrive il legame che intercorre fra gli attori coinvolti e il contesto (sociale, culturale, ecc.). Relazionale perché, per essere efficace, la metafora richiede di sintonizzarsi con il paziente, accompagnandosi con accorgimenti verbali e para-verbali precisi, che aiutino il malato a capire una diagnosi o una terapia. La relazionalità si vede anche nella cura che i medici hanno nello scegliere le parole più adatte per il paziente, poiché ne conoscono la storia e hanno appreso, nel corso del tempo, un preciso modo di

comunicare con *quel* paziente, o con pazienti che hanno caratteristiche simili. Relazionale perché, del resto, un linguaggio poco riflettuto può portare ai limiti che i partecipanti hanno evidenziato. La metafora poi orienta le relazioni: racconta le identità professionali (*punto di momentaneo appoggio*, fungiamo da *filtro*), descrive i pazienti (*caso classico*, la *mummia*), e veicola quelle aspettative implicite sul legame terapeutico che, se non chiarite, possono portare a dei fraintendimenti (“sembri *mio nipote*, quindi chiedo a te, oppure sembri *mio nipote*, e quindi mi faccio visitare da qualcun altro” Infermiere 12 - Intervista 2).

2.3. La metafora come fenomeno ontologico

A livello di *lifelong*, *lifewide* e *lifedeeep learning*, la metafora potrebbe essere riletta come fenomeno ontologico, perché il modo in cui essa viene utilizzata racconta un’esperienza individuale, incarnata sia nei contesti formali che informali e non formali (“siamo rotti all’uso delle metafore” ecc.). Tale rilettura del fenomeno metaforico è guidata dalla consapevolezza dei curanti, i quali riconoscono di creare e utilizzare metafore a partire da ciò che incontrano nella propria esperienza. Le “buone teorie” sull’uso clinico delle metafore (“il lavoro è una decostruzione della metafora che il paziente porta” ecc.) si sono rivelate una consapevolezza guadagnata anche “*sulla pelle* dei pazienti”, attraverso tentativi, successi ed errori comunicativi (“non potremmo e non riusciremmo a parlare con i pazienti in assenza di metafore” ecc.).

L’efficacia dell’uso delle metafore si rivela infine un fenomeno profondamente ontologico perché legato al livello di *consapevolezza* che ciascun professionista ha delle proprie cornici e di quelle del paziente¹⁷: un’analisi mirata al riconoscimento dei presupposti impliciti nella relazione di cura, può incidere profondamente sugli esiti della comunicazione terapeutica.

¹⁷ Si ringrazia la Dr.ssa Maria Milano per il prezioso suggerimento.

Conclusione

Hypothesis is a statement that we made
About only God knows.

Israel A. Goldberg

Partendo dall'analisi della letteratura esistente, in questo studio abbiamo indagato l'esperienza dei partecipanti con sguardo fenomenologico (Todres, 2007), per capire quale fosse la rappresentazione che medici, infermieri e segretarie di un gruppo di medicina generale avessero rispetto al fenomeno delle metafore linguistiche. L'obiettivo è stato quello di partire da ciò che esiste in altri settori e da ciò che si conosce nella letteratura della medicina generale, per rintracciare cosa non sia stato ancora esplorato in questo settore. Con una postura riflessiva, abbiamo attraversato la zona opaca (Mortari, 2009) della comunicazione nella medicina generale, ovvero quella zona di ricerca in cui non tutto è facilmente definibile in modo chiaro e univoco, provando a capire in che modo le metafore possano facilitare e ostacolare la pratica clinica e il colloquio con i pazienti. Data la ricchezza delle esperienze riportate dai partecipanti, l'ipotesi che la Medicina di gruppo sia molto aperta a queste tematiche ha riscontrato un positivo successo.

Questo studio ha incontrato alcune difficoltà, come la revisione dell'impianto iniziale della ricerca che prevedeva delle osservazioni dei colloqui clinici. Ci sono poi altri limiti che uno studio di questo tipo può incontrare, che vanno dai limiti di chi conduce la ricerca, all'interesse e la motivazione dei partecipanti verso l'argomento, ai tempi e le risorse a disposizione per condurre lo studio.

A livello complessivo, vi sono state delle posizioni più o meno ambivalenti fra i professionisti rispetto a cosa siano le metafore durante le prime interviste, mentre con le

seconde interviste, essendo trascorso un mese, il gruppo si è diretto verso tematiche che si sono rivelate più omogenee rispetto a quelle precedenti. Si è potuto percepire, in particolare, un forte coinvolgimento dei partecipanti rispetto agli effetti che la parola del curante ha sui pazienti.

Tuttavia, in alcune interviste è emerso un paradosso logico sul riconoscimento delle metafore morte, poiché molti non ne hanno colto la funzione *meta-linguistica*, che invita chi ascolta una metafora ad andare al di là di quanto essa esprima in apparenza: per esempio, per alcuni la “gabbia toracica” non è considerata una metafora, perché essa non è una vera gabbia. Dire che la gabbia toracica non sia una metafora per questo motivo, implica non riconoscerne la funzione meta-linguistica che consiste nel cogliere l’analogia fra la struttura scheletrica umana e una gabbia, senza essere interpretata “alla lettera”. Ciò aggiungerebbe un piccolo dettaglio in più alla teoria sulle metafore di Ricoeur, poiché pare che il riconoscimento o meno di queste metafore sia legato alla *rappresentazione* che ciascuno ha di esse. Tuttavia, questa interpretazione dovrebbe essere verificata con studi ulteriori, anche di tipo quantitativo o di matrice longitudinale.

In una prospettiva pedagogico-fenomenologica, la metafora si presenta come un fenomeno epistemologico, relazionale, ontologico. *Epistemologico*, perché il suo uso e il suo approfondimento in sede clinica dipende dai modi di rappresentarla (es. come una caratteristica fondamentale o come un’esagerazione), oltre che dalle sue funzioni e dai suoi limiti percepiti nella comunicazione terapeutica. *Relazionale*, perché oltre a mostrare la relazione fra due concetti è capace di raccontare il legame fra paziente e curante così come fra professionisti, disponendo le relazioni su gerarchie diverse, e raccontando l’identità dei pazienti e dei professionisti. *Ontologico*, perché l’espressione di una metafora racconta qualcosa dei nostri apprendimenti, e del nostro modo di spiegare eventi, rivelare connessioni, descrivere vissuti e dare senso al nostro *essere-nel-mondo*.

Come sensibilizzare i curanti e i futuri curanti all’importanza di queste espressioni nell’arte della cura? Da quanto emerge in letteratura, vi è una tensione dualistica fra chi promuove un uso benefico delle metafore e coloro che invece ne sconsigliano l’utilizzo. Il contributo di questo studio è quello di superare questo dualismo, invitando il mondo della formazione a riconoscerne il potere intrinseco, che è sia quello di chiarificare che quello di mistificare. La sfida educativa sulla comunicazione sanitaria cambierebbe forma, immaginando proposte riflessive per i curanti, per aiutarli a riconoscere le metafore proprie, individuare quelle espresse dai pazienti per estrapolarne le informazioni cliniche,

e imparare ad utilizzarle calibrandole sulla storia dei pazienti per poterli aiutare, cercando di evitare errori di tipo etico, come avvertono diversi contributi psicoanalitici.

Non essendo rinvenibili dei percorsi riflessivi su questi aspetti linguistici, la formazione di base potrebbe affrontare alcuni bisogni educativi segnalati dai partecipanti, come la sensibilizzazione degli studenti verso quegli aspetti spiacevoli che metafore comportano quando non riflettute, così come potrebbe insegnare l'uso di metafore per motivare i pazienti al cambiamento o a seguire alcune terapie, se si conosce la storia di questi ultimi e se vengono calibrate rispetto ai loro bisogni. Nel contempo, i corsi di formazione ECM potrebbero strutturare delle attività per aiutare i curanti a non dimenticare il linguaggio professionale.

In questo senso, l'originalità della ricerca consiste nell'esplorare l'uso consapevole delle metafore da parte dei professionisti coinvolti, che comporta un riconoscimento di alcuni aspetti riguardanti le metafore, riscontrati anche in altre discipline. I risultati di questo studio possono definirsi unici, perché non vi sono ricerche empiriche note che superino il dualismo fra utilità e inutilità delle metafore, collocandosi criticamente nel dibattito scientifico per favorire una formazione dei curanti più efficace. L'impatto scientifico cui si auspica è un cambiamento nello sguardo degli scienziati dell'educazione, che vogliono studiare la comunicazione nelle professioni sanitarie. L'innovazione di questa ricerca non è pertanto nella metodologia, quanto nell'approccio che parte dall'integrazione più sguardi sul fenomeno, per esplorare qualcosa di ancora largamente sconosciuto (ma presente) nel settore della medicina generale, ritrovando le connessioni con quei contributi che, per molto tempo, sono stati separati nello studio sulle metafore.

Appendice I. Mappa concettuale sulla Medicina Generale

Tipologie di lavoro

Singolo (può essere affiancato da un infermiere di comunità)

Associazione semplice (medici/pediatrati, infermieri, segretarie) – possono condividere la stessa sede o meno

Associazione complessa (includere altre figure sanitarie) – possono condividere la stessa sede o meno.

Servizi alla comunità

Aree della Medicina Generale

Assistenza primaria (medicina di famiglia)

Continuità assistenziale (guardia medica)

Medicina dei servizi e dirigenza territoriale (medicina legale, attività di distretto)

Emergenza sanitaria territoriale (pronto soccorso)

Prevenzione

Primaria (o medicina preventiva): attuare misure volte a diminuire l'incidenza di qualsiasi patologia.

Secondaria (o diagnosi precoce): individuazione di patologie prima che si manifestino, per ridurre il rischio di peggioramento.

Terziaria (o medicina riabilitativa): sostegno di patologie croniche, situazioni riabilitative o disabilitanti.

Medicina Generale

Caratteristiche educative

Educazione del paziente

Patient teaching: ha scopo puramente informativo

Patient education: coinvolge il paziente nella cura, aumentando l'alleanza terapeutica e l'empowerment

Educazione terapeutica del paziente: avviene sia in spazi formali (ambulatori) ed informali (a domicilio)

Principali azioni educative

- Comunicazione per aiutare il paziente a scegliere la soluzione migliore per la sua salute (*decision-making, leadership*)
- Comunicazione per far comprendere al paziente la sua malattia e come possono gestirne la cura
- Relazione terapeutica basata sulla fiducia, al fine di garantire la *compliance*
- Empowerment del paziente, affinché trovi le risorse per stare meglio
- Interazione con la famiglia, con il territorio e la comunità per attivare le risorse che siano a sostegno del paziente
- Azioni rivolte alla cura di sé, alla riabilitazione, all'apprendimento del funzionamento di dispositivi clinici

Percorsi formativi

Medici di Medicina Generale

Diversamente dalle altre specializzazioni sanitarie

Richiede una formazione specifica, gestita a livello regionale, che dura 3 anni.

Infermieri di comunità

Pur potendo lavorare anche dopo il conseguimento classico della laurea (3 anni), possono seguire il percorso di Infermieri di Comunità,

Entrambi

Sono tenuti ad un percorso di formazione e aggiornamento continuo, chiamato Educazione Continua in Medicina (ECM)

Caratteristiche professionali

Medici di Medicina Generale - WONCA Europe 2011

Cura centrata sulla persona – orientamento alla collettività – competenze di problem-solving – approccio comprensivo – gestione delle Cure Primarie – modello olistico

Infermieri di comunità - Health 21 (OMS, 1998)

Partecipare alla definizione di priorità riferite alla salute e alla malattia – coordinare e gestire l'assistenza – mantenere relazioni professionali con i colleghi – sostenere individui e famiglie nelle scelte relative alla propria salute – identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni di individui e famiglie in base al loro contesto – partecipare alle attività di prevenzione

Appendice II. Acronimi

ACN Accordo Collettivo Nazionale	GURI Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana
ACO Accountable Care Organization	IFEC Infermiere di Famiglia e Comunità
ADI Assistenza Domiciliare Integrata	IPA Interpretative Phenomenological Analysis
AFT Aggregazione Funzionale Territoriale	IPASVI Federazione Nazionale Collegi Infermieri
AIFA Agenzia Italiana del Farmaco	ISS Istituto Superiore di Sanità
AIR Accordo Integrativo Regionale	LEA Livelli Essenziali di Assistenza
AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali	MG Medicina Generale
AO Azienda Ospedaliera	MMG /MdF Medico di Medicina Generale / Medico di Famiglia
AP Assistenza Primaria	NCP Nucleo di Cure Primarie
ASL Azienda Sanitaria Locale	NHS National Health System
ASST Azienda Socio-Sanitaria Territoriale	NSIS Nuovo Sistema Informatico Sanitario
ATS Agenzia Territoriale Sanitaria	OMCeO Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
BMA British Medical Association	OMS Organizzazione Mondiale della Sanità
BPCU Broncopatie cronico-ostruttive	PLS Pediatra di Libera Scelta
BUR Bollettino ufficiale regionale	PO Presidio Ospedaliero
CA Continuità Assistenziale	POT Presidio Ospedaliero Territoriale
CCG Clinical Commissioning Group	PRESST Presidi Socio Sanitari Territoriali
CFSMG Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale	PRHO Pre-registration House Officer
CME Continuing Medical Education	PSN Piano Sanitario Nazionale
CSS Consiglio Superiore di Sanità	PSR Piano Sanitario Regionale
DCP Dipartimento di Cure Primarie	RIISG Rete Italiana Insegnamento Salute Globale
EBM Evidence-based medicine	RSA Residenza Sanitaria Assistenziale
ECM Educazione Continua in Medicina	SHO Senior House Officer
ENPAM Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri	SIMG Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie
ETP Educazione terapeutica del paziente	SSN Servizio Sanitario Nazionale
FAD Formazione a distanza	UCCP Unità Complessa di Cure Primarie
FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Generale	UCP Unità di Cure Primarie
FNOMCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri	USL Unità Sanitaria Locale
FSGM Formazione Specifica in Medicina Generale	UTAP Unità Territoriale di Assistenza Primaria
GCP Gruppo di Cure Primarie	WHO World Health Organization
GMC General Medical Council	WONCA The European Society of General Practice/Family Medicine
GP General Practitioner	

Appendice III. Infografici

Figure

Figura 1. Stringa dei domini coinvolti nella prima fase della ricerca, 46

Figura 2. Stringa dei domini coinvolti nella seconda fase della ricerca, 48

Grafici

Grafico 1. Rappresentazione dei trend di pubblicazione, 49

Grafico 2. Distribuzione delle unità di analisi coinvolte nelle ricerche, 53

Grafico 3. Bilancio fra temi e professionisti (medici di MG e infermieri) coinvolti, 68

Tabelle

Tabella 1 (a, b). Esperienze di associazionismo complesso a livello regionale, 33

Tabella 2. Quadro normativo italiano in materia di Formazione Specifica in Medicina Generale, 35

Tabella 3. Analogie e differenze fra i tre contesti di riferimento, 45

Tabella 4. Filtri usati nella ricerca in PubMed e limiti applicati nella triangolazione, 49

Tabella 5. Disegni di ricerca nella letteratura bibliografica, 50

Tabella 6. Genere e professione dei partecipanti alla ricerca, 77

Tabella 7. Traccia dell'intervista semi-strutturata, 79

Tabella 8. Categorie di analisi e definizioni, 83

Appendice IV. Approvazione Comitato Etico



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA

Comitato Etico

Rif: GT/ADT/GS
AOO: Amministrazione Centrale
UOR: Comitato Etico

POSTA INTERNA

Università degli Studi
di Milano - Bicocca
Protocollo Interno tra Uffici
0016875/17 del 20/03/2017
Classif. II-18
AREA PERSONALE
C. IPA: unimib C. AOO: AMMU06
C. REGISTRO PROT: RP01



Gentilissima

Professoressa
Formenti Laura
Università degli Studi di Milano-Bicocca
Dipartimento di Scienze Umane per la
Formazione
Edificio U6
Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1
20126 - Milano

Oggetto: Parere su protocollo 279. **Formenti Laura**. Titolo della ricerca "L'uso di metafore linguistiche nella Medicina Generale: aspetti educativi per la formazione dei professionisti della cura". Seduta 2 marzo 2017.

Il Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano - Bicocca, con riferimento alla sperimentazione in oggetto, rinviata dalla seduta del 30 gennaio 2017, ritenute esaustive le integrazioni presentate, esprime parere pienamente favorevole.

I migliori saluti.

COMITATO ETICO
Il Presidente
(Dott. Giovanni Tognoni)

Responsabile del procedimento: Dottor Armando Di Troia; 
armando.ditroia@unimib.it; Telefono: 02 6448 6195
Referente per la pratica: Dottorssa Giulia Sala
comitatoetico@unimib.it; Telefono: 02 6448 6345 -5049

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA
Piazza dell'Ateneo Nuovo, 1 - 20126, Milano

Tel. +39 02 6448 1

www.unimib.it

PEC: ateneo.bicocca@pec.unimib.it

Riferimenti bibliografici

- Adams H.C. & Chadbourne J. (1982). Therapeutic Metaphor: An Approach to Weight Control. *Personnel & Guidance Journal*, 1: 510-512.
- Adams R.D. & Victor M. (1994). *Principi di neurologia* (5ª ed.). Milano: McGraw-Hill.
- Aebersold M. & Tschannen D. (2015). Using Virtual Environments to achieve learner outcomes in interprofessional healthcare education. In Harrison D. (Ed.) *Handbook of Research on Digital Media and Creative Technologies* (265-286). Hershey: IGI Global.
- Aita V., McIlvain H., Susman J. & Crabtree B. (2003). Using metaphor as a qualitative analytic approach to understand complexity in primary care research. *Qualitative Health Research*, 13: 1419-1431.
- Appleton L. & Flynn M. (2014). Searching for the new normal: exploring the role of language and metaphors in becoming a cancer survivor. *European Journal of Oncology Nursing*, 18: 378-384.
- Aristotele (1998). *Poetica*. Tr. It. Paduano G. Bari: Laterza.
- Arroliga A.C., Newman S. & Longworth D.L. (2002). Metaphorical Medicine: using metaphors to enhance communication with patients who have pulmonary disease. *Annals of Internal Medicine*, 137: 376-380.
- Banks J.A., Au H.K., et al. (2007). *Learning in and out of school in diverse environments. Life-long, life-wide, life-deep*. Seattle: The LIFE Center and the Center for Multicultural Education, University of Washington.
- Barker P. (1996). *Psychotherapeutic Metaphors. A Guide to Theory and Practice*. Bristol: Brunner/Mazel.
- Bateson G. (1976). *Verso un'ecologia della Mente*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Bateson G. & Bateson M.C. (1989). *Dove gli angeli esitano. Verso un'epistemologia del sacro*. Milano: Adelphi.
- Bertolini P. (1988). *L'esistere pedagogico. Ragioni e limiti di una pedagogia come scienza fenomenologicamente fondata*. Firenze: La Nuova Italia.
- Borberly A.F. (2008). Metaphors and psychoanalysis. In Gibbs R.W. (Ed.). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought. Igarss 2014* (412-424). Cambridge: Cambridge University Press.

- Bourdieu P. & J.C. Passeron (1970) *La reproduction. Eléments pour une théorie du système d'enseignement*. Paris: Minuit.
- Burns G.W. (Ed.) (2007). *Healing with stories. Your casebook collection for using therapeutic metaphors*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cambridge Academic Content Dictionary (2017). *Metaphor*” Cambridge: Cambridge University Press. Retrieved from <http://dictionary.cambridge.org/us/dictionary/english/metaphor>
- Cameron L. (2003). *Metaphor in educational discourse*. London–New York: Continuum.
- Cardona G.R. (1985). *I sei lati del mondo. Linguaggio ed esperienza*. Bari: Laterza.
- Casarett D., Pickard A., Fishman J.M., Alexander S.C., Arnold R.M., Pollak K.I. & Tulsy A. (2010). Can metaphors and analogies improve communication will seriously ill patients? *Journal of Palliative Medicine*, 13: 255-260.
- Casasanto D. & Gijssels T. (2015). What Makes a Metaphor an Embodied Metaphor. *Linguistic Vanguard*, 1: 327-337.
- Chan G., Brykczynski, K., Malone, R. & Brenner, P. (2010). *Interpretative phenomenology in health care research*. Indianapolis: Sigma Theta Tau International.
- Charon R. & Wyer P. (2008). Narrative Evidence Based Medicine. *The Lancet*, 731: 296-297.
- Checkland, K., Harrison, S. & Marshall, M. (2007). Is the metaphor of “barriers to change” useful in understanding implementation? Evidence from general medical practice. *Journal of Health Service Research & Policy*, 12: 95-100.
- Cocksedge S. & May C. (2005). The listening loop: a model of choice about cues within primary care consultations. *Medical Education*, 39: 999-1005.
- Coggi C. & Ricchiardi P. (2005). *Progettare la ricerca empirica in educazione*. Roma: Carocci.
- Czeichmeister C.A. (1994). Metaphor in illness and nursing: a two-edged sword. A discussion of metaphor in everyday language, and implications of nursing and nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 19: 1226-1233.
- Denzin N. & Lincoln Y. (Eds.) (2011). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (4th ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Devoti G. (2008). *Argomenti di Igiene e Medicina Sociale. Per la facoltà di Scienze della Formazione* Pavia: La goliardica pavese.
- Del Favero A.L. & Cinquetti S. (2009). Le nuove forme associative: le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP). In Mazzeo M.C., Milillo G., Cicchetti A. & Meloncelli A. (Eds.) *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. GISAP (527-542). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Dolan Y. (1985). Metaphor for motivation and intervention. *Family Therapy Collection*, 19:1-10.

- Eco U. (1993). *La ricerca della lingua perfetta nella cultura europea*. Roma-Bari: Laterza.
- Edelman G.M. (1993). *Sulla materia della mente*. Milano: Adelphi.
- Edelman G.M. (2006). *Second nature. Brain science and human knowledge*. New Haven-London: Yale University Press.
- Erickson M.H. (1965). The Use of Symptoms as an Integral Part of therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8: 57-65.
- Feldman J. & Narayanan S. (2004). Embodied meaning in a neural theory of language. *Brain and Language*, 89: 385-392.
- Ferrario P. (2013). *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*. Roma: Carocci Faber.
- Fieldhouse J. (2008). Using the Kawa Model in practice and in education. *Mental Health Occupational Therapy*, 13: 101-106.
- Flick U. (1998). *An introduction to qualitative research*. London: Sage Publications.
- Fraser K.D. & al Sayah, F. (2011). Arts-based methods in health research: A systematic review of the literature. *Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 3: 110-145.
- Froggart K. (1998). The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *Journal of Advanced Nursing*, 28: 332-338.
- Fuchs H.U. (2006). System Dynamics Modeling in Fluids, Electricity, Heat and Motion. *Conference on Modeling in Physics and Physics Education, AMSTEL, Institute of the University of Amsterdam*, August 20-25.
- Gadamer H. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Cortina.
- Gallese V. (2009) The Two Sides of Mimesis. Girard's Mimetic Theory, Embodied Simulation and Social Identification. *Journal of Consciousness Studies*, 16: 21-44.
- Garrino L. (2010). *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*. Milano: Edizioni Ermes.
- Gaydos H.L. (2005). Understanding personal narratives: an approach to practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49: 254-259.
- Ghirotto L. (2009). Il metodo di ricerca e la pedagogia fenomenologica. Riflessioni a partire da Piero Bertolini. *Encyclopaideia*, 2: 82-95.
- Gibbs R.W. (Ed.) (2008). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. New York: Cambridge University Press.
- Gibbs R.W. & Jr Franks H. (2002). Embodied metaphor in women's narratives about their experiences with cancer. *Journal of Health Communication*, 14: 139-165.

- Giorgi A. (Ed.) (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Glaser B.G. & Strauss A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goodman C. (2001). The use of metaphor in district nursing: maintaining a balance. *Journal of Advanced Nursing*, 33: 106-112.
- Gordon S. (Ed.) (2013). *Neurophenomenology and Its Applications to Psychology*. New York: Springer.
- Haley J. (1973). *Uncommon Therapy. The Psychiatric Techniques of Milton Erickson, M.D.* New York: Norton & Co.
- Hanne M. (2015). Diagnosis and Metaphor. *Perspectives in Biology and Medicine*, 58: 35-52.
- Hanne M. (2003). The Binocular Vision Project: An Introduction. *Genre*, 44, 223-37.
- Harrington K.J. (2012). The use of metaphor in discourse about cancer: a review of the literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16: 408-412.
- Hartman M. & Hasher L. (1992). Aging and suppression: Memory for previously relevant information. *Psychology and Aging*, 6: 587-594.
- Hartman T.C., Hassink-Franke L.J., Lucassen P.L., van Spaendonck K.P. & van Weel C. (2009). Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Family Medicine*, 10:68.
- Heidegger M. (1976). *Essere e tempo*. Milano: Longanesi.
- Heron J. & Reason P. (1985). *Whole Person Medicine: A Co-operative Inquiry*. London: British Postgraduate Medical Federation.
- HM Government (1989). *Working for patients*. London: The Stationery Office.
- Ho K., Ferdinands L., Jarvis-Selinger S., Bluman R. & Hardwick D.F. (2008). *Supporting lifelong learning for physicians. Continuing professional development and knowledge translation*. BCMJ, 50:7.
- Jögi L. (2014). Being an Adult Learner and Learning Through Life. In Zarifis G.K. & Gravani M.N. (Eds.) *Challenging the "European Area of Lifelong Learning". A critical response (157-165)*. London/New York: Springer Dordrecht Heidelberg.
- Kaya H., Işık B. & Çalışkan F. (2013). Metaphors used by in-service training nurses for in-service training nurses in Turkey. *Journal of Advanced Nursing*, 69: 404-414.
- Kirklin D. (2007). Truth telling, autonomy and the role of metaphor. *Journal of Medical Ethics*, 33: 1-14.

- Knowles M.S., Holton III, H.F. & Swanson R.A. (2015). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resources development*. 8th ed. New York: Routledge.
- Kochis B. & Gillespie D. (2006). Conceptual metaphors as interpretive tools in qualitative research: a re-examination of college students' diversity discussions. *The Qualitative Report*, 11: 566-585.
- Lakoff G. & Johnson M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff G. & Núñez R. (1997). The metaphorical structure of mathematics: Sketching out cognitive foundations for a mind-based mathematics. In English L. (Ed.), *Mathematical reasoning: Analogies, metaphors, and images*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lakoff G. & Núñez R. (1998). Conceptual metaphor in mathematics. In Koenig J.P. (Ed.), *Discourse and cognition: Bridging the gap*. Stanford, CA: CSLI/Cambridge.
- Lakoff G. & Núñez R. (2000). *Where mathematics comes from: How the embodied mind brings mathematics into being*. New York: Basic Books.
- Leibniz G.W. (1684). *Nova methodus pro maximis et minimis*. Lipsia: Acta Eruditorum.
- Lenrow P. (1966). Use of metaphor in facilitating constructive behavior change. *Psychotherapy: Therapy, Research and Practice*, 3: 145-148.
- Mabeck C.E. & Olesen F. (1997). Metaphorically transmitted diseases. How do patients embody medical explanations? *Family Practice*, 14: 271-278.
- Marini A., Gentili C., Molteni M. & Fabbro F. (2014). *Differential verbal working memory effects on linguistic production in children with Specific Language Impairment*. *Research in Developmental Disabilities*, 35: 3534-3542.
- Masukume G. & Zumla A. (2012). Analogies and metaphors in clinical medicine. *Clinical Medicine*, 12: 55-56.
- Maturana H.R. & Varela F.J. (1988). *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio.
- Maturana H.R. & Varela F.J. (1992). *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti.
- Mazzeo M.C., Le Rose C.F. & Ceccarelli A. (2009). Forme associative complesse di Assistenza Primaria orientate alla realizzazione nella integrazione socio-sanitaria". In Mazzeo M.C., Milillo G., Cicchetti A. & Meloncelli A. (Eds.) *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. GISAP (511-526). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Mazzeo M.C., Milillo G., Cicchetti A. & Meloncelli A. (Eds.) (2009). *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. GISAP. Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.

- Mazzoni V. (2017). Lo studio di caso. In Mortari L. & Zannini L. (2017). *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Roma: Carocci.
- McAllister M., Madsen W. & Holmes C. (2014). Newton's Cradle: a metaphor to consider the flexibility, resistance and direction of nursing's future. *Nursing Inquiry*, 21: 130-139.
- McMullen L.M. (2008). Putting it in context: Metaphor and psychotherapy. In Gibbs R.W. (Ed.). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought. Igarss 2014* (397-411). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- McNiff S. (2008). Art-based research. In Knowles G.J. & L. Cole A.L. (Eds.) *Handbook of the Arts in Qualitative Research. Perspectives, Methodologies, Examples and Issues* (29-40). Los Angeles: Sage Publications.
- Merrill B. & West L. (2012). *Metodi biografici per la ricerca sociale*. Milano: Apogeo.
- Mik-Meyer N. & Roelsgaard O.A. (2012). The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Sociology of Health & Illness*, 34: 1025-1038.
- Montagna L. & Zannini L. (2012). L'approccio di counselling nei processi di educazione del paziente. In Auxilia F. & Pontello M. (Eds.) *Igiene e Sanità Pubblica. Educazione sanitaria. Strategie educative e preventive per il paziente e la comunità* (123-150). Padova: Piccin Nuova Libreria.
- Moon J.A. (2004). *A handbook of reflective and experiential learning. Theory and practice*. Abingdon: Routledge Falmer.
- Morse J.M. (2012). Introducing the first global congress for qualitative health research: What are we? What will we do – and why? *Qualitative Health Research*, 22: 147-156.
- Mortari L. (2009). *Ricercare e riflettere. La formazione del docente professionista*. Roma: Carocci editore.
- Mortari L. & Zannini L. (2017). *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Roma: Carocci.
- Nations M.K., Lira G.V. & Fontenelle Catrib A.M. (2009). Stigma, deforming metaphors and patients moral experience of multibacillary leprosy in Sobral, Ceará State, Brazil. *Cadernos De Saúde Pública*, 5: 1215-1224.
- Norton R., Schwartzbaum J. & Wheat J. (1990). Language discrimination of general physicians: FIS metaphors used in the AIDS crisis. *Communication Research*, 17: 809-826.
- Norris J., Sawyer R.D. & Lund D.E. (Eds.) (2012). *Duethnography: dialogic methods for social, health and educational research*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Núñez R. (2008). Conceptual metaphor, human cognition, and the nature of mathematics. In Gibbs, R.W. (Ed.). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought. Igarss 2014* (339-

- 362). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Núñez R., & Lakoff G. (1998). What did Weierstrass really define? The cognitive structure of natural and ϵ - δ continuity. *Mathematical Cognition*, 4, 85-101.
- Núñez R., & Lakoff G. (2005). The cognitive foundations of mathematics: The role of conceptual metaphor. In Campbell J. (Ed.), *Handbook of mathematical cognition* (109-124). New York: Psychology Press.
- Olzman E., Duggleby W., Nekolaichuk C., Willems D., Gagnon J., Kruizinga R. & Leget C. (2014). Improving communication on hope in palliative care: a qualitative study of palliative care professionals' metaphors of hope: grip, source, tune, and vision. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48: 831-841.
- Olweny C.L. (1997). Effective communication with cancer patients: Use of analogies. A suggested approach. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 809: 179-187.
- Öresland S., Määttä S., Norberg A. & Lütznén K. (2011). Home-based nursing: an endless journey. *Nursing Ethics*, 18: 408-417.
- Orsenigo J. (Ed.) (2010). *Lavorare di cuore. Il desiderio nelle professioni educative*. Milano: Franco Angeli.
- Ortony A. (Ed.) (1979). *Metaphor and Thought*. New York: Cambridge University Press.
- Østergaard M.S. (2005). Childhood asthma: reasons for diagnostic delay and facilitation of early diagnosis: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*, 14: 15-30.
- Palinkas L.A., Horwitz S.M., Green C.A., Wisdom J.P., Duan N. & Hoagwood K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 42: 533-544.
- Paoli B. (2014). *Come parla un terapeuta. La ristrutturazione strategica*. Milano: FrancoAngeli.
- Proverbio A.M., Crotti N., Zani A. & Adorni R. (2009). *The role of left and right hemispheres in the comprehension of idiomatic language: an electrical neuroimaging study*. *BMC Neuroscience*, 10:116.
- Reason P., Chase H.D., Desser A., Melhuish C., Morrison S., Peters D., Wallstein D., Webber V. & Pietroni P.C. (1992). Toward a clinical framework for collaboration between general and complementary practitioners. *Journal of The Royal Society of Medicine*, 86: 161-164.
- Rees C.E., Knight L.V. & Wilkinson C.E. (2007). Doctors being up there and we being down here: a metaphorical analysis of talk about student/doctor - patient relationships. *Social Science & Medicine*, 65: 725-737.

- Reisfield G.M. & Wilson G.R. (2004). Use of Metaphor in the discourse on cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 22: 4024-4027.
- Richards L. & Morse J. (2007). *Readme First for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Richardson J. & Grose J. (2009). The use of descriptive words and metaphor in patient and carer experience of Palliative Day Care: secondary analysis of a qualitative study. *The Open Nursing Journal*, 5: 18-24.
- Ricoeur P. (1978). *The Rule of Metaphor*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Rizzolatti G. & Arbib M.A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21: 188-194.
- Rodriguez C. & Bélanger E. (2014). *Stories and metaphors in the sensemaking of multiple primary health care organizational identities*. *BMC Family Practice*, 15-41.
- Rowe A. & Hogarth A. (2005). Use of complex adaptive systems metaphor to achieve professional and organizational change. *Journal of Advanced Nursing*, 51: 396-405.
- Rudrauf D., Lutz A., Cosmelli D., Lachaux J.P. & Le Van Quyen M. (2003). From autopoiesis to neurophenomenology: Francisco Varela's exploration of the biophysics of being. *Biological Research*, 36: 21-59.
- Russell B. (1956). *Logic and Knowledge: Essays 1901-1950*. London: George Allen & Unwin.
- Sadler J.Z. (2005). *Values and psychiatric diagnosis*. New York: Oxford University Press.
- Salling Olesen H. (2007). Professional Identities, Subjectivity, and Learning. Be(com)ing a General Practitioner. In West L., Alheit P., Anderson A.S. & Merrill B. (Eds.). *Using biographical and life history approaches in the study of adult and lifelong learning: perspectives from across Europe*. Frankfurt-Am-Main: Peter Lang Verlag.
- Sapir, E. (1921). *Language. An introduction to the study of speech*. New York: Harcourt.
- Scherer A.M., Scherer L.D. & Fagerlin A. (2015). Getting Ahead of Illness: Using Metaphors to Influence Medical Decision Making. *Medical Decision Making*, 35: 37-45.
- Schon A. (1999). *Il professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della pratica*. Bari: Dedalo.
- Semino, E. (2008). *Metaphors in discourse*. New York: Cambridge University Press.
- Sharoff L. (2009). Expressiveness and Creativeness. Metaphorical Images of nursing. *Nursing Science Quarterly*, 22: 312-317.
- Shaw R.L., Pattison H.M., Holland C. & Cooke R. (2015). Be SMART: examining the experience of implementing the NHS Health Check in UK primary care. *BMC Family Practice*, 16:1.

- Shen Y. (2012). Metaphors and poetic figures. In Gibbs R.W. (Ed.). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. (295-309). New York: Cambridge University Press.
- Silvestro A. (2009). Il ruolo dell'assistenza infermieristica. In Mazzeo M.C., Milillo G., Cicchetti A. & Meloncelli A. (Eds.) *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. GISAP. (365-367). Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie.
- Skelton J.R., Wearn A.M. & Hobbs F.D.R. (2002). A concordance-based study of metaphoric expressions used by general practitioners and patients in consultation. *British Journal of General Practice*, 52: 114-118.
- Skott C. (2002). Expressive metaphors in cancer narratives. *Cancer Nursing*, 25: 230-235.
- Smith J.A., Flowers P. & Larkin M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: SAGE.
- Soler J.K. & Okkes J. (2012). Reasons for encounter and symptom diagnoses: a superior description of patients' problems in contrast to medically unexplained symptoms (MUS). *Family Practice*, 29: 272-282.
- Sontag S. (1978). *Illness as metaphor*. Farrar: Straus and Giroux.
- Sontag S. (1989). *AIDS and its metaphors*. Farrar: Straus and Giroux.
- Sontag S. (1990). *Illness as metaphor: and AIDS and its metaphors*. Doubleday: Anchor Book.
- Stone L. (2012). On botany and gardening. Diagnosis and uncertainty in the GP consultation. *Australian Family Physician*, 41: 795-798.
- Tarozzi M. (2008). *Cos'è la Grounded Theory*. Roma: Carocci.
- Tarozzi M. & Mortari L. (Eds.) (2010). *Phenomenology and human science research today*. Bucharest: Zeta Books.
- Thompson E. & Varela F.J. (1999). Autopoiesis and Lifelines: the importance of origins. *Behavioral Brain Sciences*, 22: 909-910.
- Todres L. (2007). *Embodied enquiry: Phenomenological touchstones for research, psychotherapy and spirituality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Tombesi M. (2009). Il ruolo della Medicina Generale. In Mazzeo M.C., Milillo G., Cicchetti A. & Meloncelli A. (Eds.) *L'assistenza primaria in Italia. Dalle condotte mediche al lavoro di squadra*. GISAP (291-307). Roma: Iniziative Sanitarie.
- Trogen B. (2017). *The Evidence-Based Metaphor*. JAMA, 317: 1411-1412.
- van Manen M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. London, ON: Althouse.

- VanNieuwenborg L., Goossens M., De Lepeleire J. & Schoenmaers B. (2016). Continuing medical education for general practitioners: a practice format. *Postgraduate Medical Journal*, 92: 217-222.
- Varela F.J. (1996). Neurophenomenology: A Methodological remedy to the hard problem. *Journal of Consciousness Studies*, 3: 330-350.
- Weaver R. (2013). Games, civil war and mutiny: metaphors of conflict for the nurse-doctor relationship in medical television programmes. *Nursing Inquiry*, 20: 280-292.
- White M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma: Astrolabio.
- Whorf B.L. (1956). *Language Thought and Reality*. Cambridge: MIT Press.
- Wittgenstein L. (1997). *Tractatus logico-philosophicus e Quaderni 1914-1916*. Torino: Einaudi.
- Wurzbach M.E. (1999). The moral metaphors of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30: 94-99.
- Zambrano S.C. & Barton C.A. (2011). On the journey with the dying: how general practitioners experience the death of their patients. *Death studies*, 35: 824-851.
- Zannini L. (2008). *Medical humanities e medicina narrative. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Zannini L., Ghitti M.G., Martin S., Palese A. & Saiani L. (2015). Narratives, memorable cases and metaphors of night nursing: findings from an interpretative phenomenological study. *Nursing Inquiry*, 22: 1-12.
- Zarifis G.K. & Gravani M.N. (Eds.) (2014). *Challenging the "European Area of Lifelong Learning". A critical response*. London-New York: Springer.

Riferimenti giuridici

Direttiva 1986/457/CEE del 15 settembre 1986, relativa alla *“Formazione specifica in medicina generale”*.

Direttiva 1993/16/CEE del 7 luglio 1993 concernente la *“Agevolazione della libera circolazione dei medici ed il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli”*.

Direttiva 2001/19/CEE del 14 maggio 2001 che *“modifica le direttive 89/48/CEE e 92/51/CEE del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE e 93/16/CEE del Consiglio concernenti le professioni di infermiere responsabile dell’assistenza generale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico”*.

D.L. 8 agosto 1991, n. 256, in materia di *“Attuazione della direttiva n. 86/457/CEE, relativa alla formazione specifica in medicina generale, a norma dell’art. 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212”*.

D.L. 30 dicembre 1992, n.502, in materia di *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*.

D.L. 7 dicembre 1993, n.517, in materia di *“Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421”*.

D.L. 19 giugno 1999, n. 299, in materia di *“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”*.

D.L. 17 agosto 1999, n. 368 recante *“Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE”*.

D.L. 8 luglio 2003, n. 277 recante *“Attuazione della direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico.”*

D.L. 13 settembre 2012, n.158, in materia di *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*.

- D.L. 8 novembre 2012, n.189, in materia di *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*
- D.M. 15 dicembre 1994, Ministero della Sanità, in materia di *“Modificazioni all'elenco delle patologie che possono trovare reale beneficio dalle cure termali e proroga della sua validità”*.
- D.M. 17 dicembre 2004, Ministero della Sanità, in materia di *“Prescrizioni e condizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria”*.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001, in materia di *“Definizione dei livelli di assistenza”*.
- Health and Social Care Act, 27th march 2012, Chapter VII - Crown copyright.
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di *“Istituzione del servizio sanitario nazionale (2) (1/circ)”*.
- Legge 8 aprile 1988, n. 109, recante la *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria”*.
- Legge 8 novembre 2000, n.328, in materia di *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*.
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244, in materia di *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)”*.
- L.C. 18 ottobre 2001, n.3, in materia di *“Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”*.
- L.R. 11 agosto 2015, n.23, in materia di *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”*.

Riferimenti sitografici

AAFP - Ultima consultazione: 21/04/2017, ore: 14:40

<http://www.aafp.org/medical-school-residency/choosing-fm/practice.html>

AgeNaS - Ultima consultazione: 24/05/2016, ore 13:54

<http://www.agenas.it/>

Ambrosetti, Meridiano Sanità 2007 - Ultima consultazione: 06/06/2016, ore 14:36

<http://www.ambrosetti.eu/>

CGIL Lombardia - Ultima consultazione 22/05/2016, ore 10:33

- Accordo Collettivo Nazionale 2000:
http://www.fp.cgil.lombardia.it/ita/contenuti/1022_accordi-collettivi-nazionali-acn/1149_accordo-collettivo-nazionale-medicina-generale-anno-2000.html

FIMMG - Ultima consultazione 31/05/2016, ore 12:35

- AFT:
<http://fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=4049&lang=it>
- Formazione in MG:
<http://www.fimmgformazione.org/>
- Ricerca in MG:
<http://www.fimmgformazione.org/articoli/12-la-ricerca-in-medicina-generale-opportunita-e-necessita>

LaborForm, Crediti ECM - Ultima consultazione 13/06/2016, ore 13:21

<http://www.laborform.it/ecm-e-sanita.html>

Lavoro Salute - Ultima consultazione: 13/09/2016, ore 14.53

http://www.lavorosalute.it/Medico_GB.aspx

Legislation Government (U.K.) - Ultima consultazione: 13/04/2017, ore 09:00

<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/introduction/enacted>

Ministero della Salute - Ultima consultazione: 24/05/2016, ore 08:43

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1654

- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000:
http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_654_allegato.pdf
- Patto per la Salute 2010-2012:
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1299&area=programmazioneSanitariaLea
- Patto per la Salute 2014-2016:
http://www.governo.it/sites/governo.it/files/Conferenza_SR.pdf

Regione Lombardia, ASST – Ultima consultazione: 25/05/2016, ore 20:07

<http://www.welfare.regione.lombardia.it/>

RIISG Salute Internazionale - Ultima consultazione 21 aprile 2017, ore 18:43

- Confronto fra Italia, U.S.A. e U.K.
<http://www.saluteinternazionale.info/2013/03/cure-primarie-confronto-shock-tra-uk-e-usa/>
- Formazione Specifica in MG:
<http://www.saluteinternazionale.info/2016/02/il-percorso-di-formazione-specifica-in-medicina-generale-in-italia>
- Confronto tra USA e UK:
<http://www.saluteinternazionale.info/2013/03/cure-primarie-confronto-shock-tra-uk-e-usa/>

SIMG – Ultima consultazione 23/05/2016, ore 19:44

<https://www.simg.it/>

SISAC – Ultima consultazione: 26/05/2016, ore 11:44

- Accordo Collettivo Nazionale 2005:
<http://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?tipo=WEB&idArea=201012212330479102>
- Accordo Collettivo Nazionale 2009:
<http://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?idArea=201012212148298322>
- Accordo Collettivo Nazionale 2010:
<http://www.sisac.info/antepriamaNewsHome.do?idArea=201012101813575637>

Parlamento Italiano - Ultima consultazione: 25/05/2016, ore 17:17

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/01003lc.htm>

Pfizer Italia, Meridiano Sanità 2007 - Ultima consultazione: 25/05/2016, ore 16:21

<http://www.pfizer.it/cont/pfizer-italia-Meridiano-Sanita/0807/2400/meridiano-sanita-4134all1.pdf>

Van Manen M. (2006) - Ultima consultazione: 04/04/2016, ore 18:39

<http://www.phenomenologyonline.com/inquiry/2.html>

World Health Organization – Ultima consultazione 21/06/2016, ore 18:37

- Declaration of Alma-Ata (1978):
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Health21:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/53860/E92341.pdf?ua=1

WONCA-Europe – Ultima consultazione 25/05/2016, ore 13:31

http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definizione%20WONCA%2020ita_A4.pdf