

EDUCAZIONE MEDICA  
MEDICAL EDUCATION

## La concordanza nel rapporto medico paziente e la formazione medica

### *The concordance in the doctor patient relationship and medical education*

PAOLA MANFREDI

Cattedra di Psicologia Clinica, Università di Brescia

L'evoluzione storica dell'aderenza alle terapie e in particolare una riflessione critica del tema della concordanza si offrono come un focus attraverso cui leggere il rapporto medico/paziente.

In particolare ci si sofferma sul significato della concordanza che, ponendosi come superamento del concetto di aderenza, si esprime, ma non si riduce, nella scelta consapevole e condivisa di un'opzione terapeutica: essa chiama piuttosto in causa competenze profonde sulla relazione, ma soprattutto la disponibilità a interrogarsi su domande cruciali dell'esistenza. I problemi più spinosi relativi alla concordanza si delineano infatti quando la qualità di vita è limitata dalla malattia e insieme dalle cure o quando breve, limitata è l'aspettativa di vita. Non tutti i pazienti richiedono o necessitano di un confronto così impegnativo e d'altra parte, nemmeno tutti i medici lo desiderano, sarebbe però importante che, nel percorso formativo curricolare, gli studenti potessero almeno confrontarsi con diverse identità professionali e potessero essere aiutati a individuare quella che meglio risponde alle proprie caratteristiche.

Si considera pertanto realistico proporre nel corso di laurea in medicina esperienze formative e concetti preliminari che possono permettere, non certo l'acquisizione di una piena padronanza dei processi di concordanza, quanto piuttosto di avere consapevolezza delle competenze e delle risorse sottese a un certo tipo di relazione e delle proprie inclinazioni personali rispetto a queste, posticipando al tempo della specialità o del lavoro una più mirata esperienza formativa.

**Parole indice:** Concordanza, relazione medico-paziente, curriculum, identità professionale

*Doctor/patient relationship is read through the historical evolution of adherence to treatment, and in particular through the critical study of the correlation concept.*

*In particular, the significance of that correlation is highlighted: concordance does not reduce itself in the conscious and shared choice of therapeutic option. The very thorny issues related to concordance are in fact delineated when quality of life is limited by disease and/or by care or when life expectancy is short. Here are required deep skills on relationship, but above all the availability to ask themselves about key questions of existence. Although not all patients require a hard comparison and not all doctors wish this non that comparison. It is thought so important that students can at least deal with different professional identity and they can find the one that best suits their characteristics.*

*It is important to propose in medicine curricular learning experiences and preliminary concepts that can increase awareness of the skills and resources underlying at a certain type of relationship, and of personal inclinations with respect to these. In time of the specialty or at work it can be carried out more targeted training.*

Indirizzo per la corrispondenza  
Address for correspondence

**Paola Manfredi**  
Cattedra di Psicologia Clinica e Dinamica  
Facoltà di Medicina, Università di Brescia  
viale Europa 11, 25125 Brescia  
e-mail: paola.manfredi@unibs.it

**Key words:** Concordance, doctor-patient relationship, curriculum, professional identity

## Introduzione

La professione medica, molto più di altre, ha vissuto e vive profondi cambiamenti, esito di diversi fattori, in parte legati al progredire di conoscenze, teoriche e strumentali, in parte alla prevalenza di patologie croniche o di malattie che un tempo avevano un'inafausta e rapida evoluzione e ora conoscono aspettative di vita dilatate; in parte ancora per cambiamenti legislativi e normativi in senso ampio, che intervengono ad esempio nel definire l'obbligatorietà del consenso informato, l'informazione dei rischi e degli effetti collaterali di ogni intervento e di ogni prescrizione o stabiliscono la frequenza con la quale è possibile prescrivere e sottoporsi ad analisi e controlli; in parte ancora per più ampi fattori socio-culturali, che se da una parte hanno accresciuto la diffusione di conoscenze, anche quelle relative alla salute e alla malattia, dall'altra hanno forse reso più fragile l'uomo di fronte alla sofferenza e alla morte.

Il risultato è che, molto più che nel passato, coesistono nella popolazione diverse e a volte conflittuali aspettative nei confronti del medico, e nei medici, modelli identitari differenti, che, in quanto parti integranti del processo di formazione (Cruss et al., 2014), richiedono articolati e aggiornati percorsi professionali. Proviamo a evidenziare alcuni di questi cambiamenti, relativi al rapporto medico/paziente, mettendo a fuoco l'evoluzione di un tema cruciale, quale quello dell'aderenza alle cure, per poi interrogarci rispetto agli apprendimenti necessari.

### **Compliance, adherence, concordance: excursus storico**

Il tema della non aderenza ai trattamenti medici è un problema grave, su più fronti. È grave per la natura stessa del problema che vanifica (o mette in crisi) l'elemento precipuo della professione: sofisticate diagnosi e mirate prescrizioni non hanno senso se non vi è la disponibilità del paziente a curarsi secondo le indicazioni ricevute. Da un punto di vista economico comporta alti costi, sia diretti sul sistema sanitario (si stima che nel Regno Unito la spesa sia di circa 100 M £ all'anno), sia indiretti per l'inefficienza lavorativa e sociale, infine è grave per la sua estensione. Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2003) circa il 50% dei pazienti affetti da malattie croniche residenti nei paesi sviluppati non aderisce alle prescrizioni terapeutiche.

A fronte di un fenomeno così cruciale e così esteso sorprende che il problema si sia posto solo recentemente: a parte la nobile eccezione di Ippocrate, si devono attendere infatti gli anni Settanta perché il tema abbia un nome (Bissonnette, 2008). Fino ad allora non solo ci si attende che il paziente si adegui, ma non è contemplata la possibilità che non lo faccia, come se l'autorità del medico, unico esperto e unico responsabile, fosse di per sé garante dell'adesione al trattamento.

In qualche modo senza scostarsi troppo bruscamente da questa visione culturale, il termine inizialmente scelto per denominare il fenomeno è *compliance*. L'etimo inglese compare per la prima volta nel 1640 a indicare "the act of conforming, acquiescing, or yielding"; "a tendency to yield readily

to others, especially in a weak and subservient way"; "conformity; accordance; cooperation or obedience" (De las Cuevas, 2011). In ambito medico viene assunto come "the extent to which the patient's behaviour matches the prescriber's recommendations" (Haynes et al., 1979) o come "obedience to recommendations with prescribed treatments" (Sackett e Haynes, 1976). Il termine *compliance* evoca un ruolo passivo nel paziente e nel medico un atteggiamento dogmatico e rigido. Non viene favorito l'empowerment del paziente né il suo senso di efficacia, ma la contrario vi può essere una colpevolizzazione del paziente "inadempiente", giocata a volte su toni paternalistici, altre su una comprensione, di fatto egualmente svilente delle capacità mature del paziente.

Si è quindi preferito sostituire il termine *compliance* con quello di *aderenza* a significare un accordo fra medico e paziente. Anche il termine "adherence" risale a secoli orsono, e si data al 1530 con il prevalente significato di "the quality of adhering; steady devotion, support, allegiance, or attachment"; "the act or state of adhering; adhesion" (De las Cuevas, 2011). In ambito medico essa viene assunta frequentemente come "the extent to which the patient's behavior matches agreed recommendations from the prescriber o come the extent to which patients follow the instructions they are given for prescribed treatments." (Haynes et al., 2005; Bissonnette, 2008), anche se esistono altre definizioni di *adherence*, come ad esempio: "binding oneself to observance" (Webster's, 1995), "the extent to which a person's actions or behavior coincides with advice or instruction" (Christensen, 2004), "a collaboration to achieve mutually derived goals" (Rose et al., 2000) e "a voluntary collaborative relationship" (Chisholm, 2000).

Il nuovo termine vorrebbe valorizzare la libertà del paziente, che decide se aderire alle raccomandazioni mediche; in caso contrario, non ci dovrebbe essere colpa, ma appunto rispetto della libera scelta del paziente.

Al cambiamento etimologico si vorrebbe sotteso anche un significativo cambio di prospettiva, che da un modello doctor-centred transiterebbe verso quello patient-centred. L'obiettivo cambierebbe: in luogo dell'obbedienza verrebbe perseguita la padronanza di sé (*patient self-mastery*); coerentemente la dominanza del medico si vorrebbe sostituita dalla collaborazione con il paziente, sostanziata da un effettivo scambio informativo, da una negoziazione delle attività, una modulazione delle prescrizioni rispetto allo stile di vita del singolo paziente. Strumenti del medico non sarebbero più la persuasione e la coercizione, ma la capacità di motivare e di negoziare. In tale cornice la resistenza al trattamento si configurerebbe come un'informazione da trattare e non come un evento intollerabile (Gould e Mitty, 2010).

La portata di questo cambiamento si è però rivelata alla prova dei fatti piuttosto debole e, dal momento in cui non è stato possibile giungere a una definizione condivisa, non è stato nemmeno possibile declinare una prassi operativa. Non vi sono quindi nemmeno evidenze sperimentali di ricadute significative in una accresciuta aderenza. Di fatto le voci *compliance* e *aderenza* hanno continuato a essere utilizzate come se fossero sinonimi, inoltre l'ambiguità del termine *aderenza* ha

permesso che ogni disciplina lo caratterizzasse in modo precipuo (Bissonette, 2008), benché in nessun ambito sia stata messa a punto una definizione pienamente riconducibile ai principi di un approccio patient-centred, rispettoso della natura dinamica del comportamento di aderenza (Bissonette, 2008).

In questo orizzonte non troppo limpido, avviene un altro, potenzialmente assai significativo passaggio, quando, nel 1997, il Dipartimento della Salute, in collaborazione la Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, introduce il termine concordanza definendolo come un accordo, per l'eventuale trattamento, tra il paziente e operatore sanitario, accordo raggiunto dopo una trattativa, nel rispetto prioritario delle credenze e dei desideri del paziente.

Gli autori (Marshall Marinker et al., 1997) sostengono che con la scelta di questo termine volessero marcare "a distinct change in culture, in researching and teaching about the relationship between prescribing and medicine-taking, between patient and prescriber". A partire da una centratura sul paziente, la concordanza sembrerebbe perseguire, in maniera esplicita e intenzionale, il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale (De las Cuevas, 2011). Si tratterebbe di costruire un'alleanza fra paziente e professionista della salute, di avviare e mantenere nel tempo una comunicazione efficace che consenta, attraverso un processo di negoziazione, di pervenire a una decisione condivisa. La concordanza si configura come "l'approccio migliore alla malattia e come la migliore modalità per la mente, il cuore, l'anima e la psiche per vivere con essa" (Sanz, 2003).

La portata ideale del concetto è da alcuni apprezzata (Britten, 2004; Cushing e Metcalfe, 2007), nel riconoscimento che la filosofia che la informa è certamente attraente, pur ammettendo che un cambiamento così profondo ha scarse possibilità di essere attuato repentinamente, (Sanz, 2003). Altri invece ritengono che sia meglio mettere a fuoco quegli interventi che sono "dimostrabilmente efficaci nel migliorare la gestione dei farmaci, piuttosto che cercare di dare un senso a un ideale senza senso" (Snowden, 2008).

I limiti di una declinazione operativa emergono anche dall'analisi che Snowden et al. (2014) compiono, basata su Rodgers' evolutionary analytic methodo (lo stesso metodo utilizzato da Bissonette sull'aderenza): la concordanza è descritta più come un ideale, la cui traduzione operativa rimane difficile. Ciò probabilmente determina il fatto che i termini adherence, compliance e concordance vengono utilizzati nella letteratura medica in modo intercambiabile, senza che sia possibile apprezzarne la differenza. Forse ancor più cruciale è il fatto che la concordanza sia interpretata diversamente in funzione delle coordinate professionali politiche e filosofiche che informano le varie discipline. In una recente review (Winn et al., 2015) si è evidenziato come esista un'ampia differenza, sia nel modo di definire, sia in quello di misurare la concordanza, nonché nel rapporto fra questa e le informazioni trasmesse al paziente. Altre obiezioni e critiche puntuali, mettono in evidenza come la domanda che ha guidato i teorici della concordanza non è stata tanto quella di comprendere come tenere maggiormente in conto le credenze sulla salute dei pazienti, ma l'interrogativo

era piuttosto relativo alle modalità più efficaci per convincere i pazienti a seguire i consigli medici. La concordanza si rivelerebbe quindi per una "strategy for compliance", sarebbe solo una "farsa", compiuta con la collusione dell'industria farmaceutica. "Far from being a new model for thinking about medication use, concordance is a strategy for the greater success of the old model: compliance" (Segal, 2007). S'individua così una doppia ambivalenza nel medico e nel paziente: il primo di fatto continua a pensare di sapere quale sia la scelta terapeutica migliore per il paziente – quindi il suo obiettivo sarebbe persuadere il paziente a seguire il suo consiglio; il secondo è ambivalente nel ritenere sia il medico sia se stesso responsabili della propria salute. Per sciogliere quest'ambivalenza sarebbe necessario adottare una diversa e radicale prospettiva in cui davvero la responsabilità della salute fosse dei pazienti, i quali possono decidere di consultare degli esperti: i pazienti diverrebbero consumers, ma ciò implicherebbe una trasformazione, che investirebbe la cultura nel suo insieme, l'economia, l'etica (Segal, 2007).

### Rapporto con il paziente e identità professionale

Le posizioni divergenti in merito all'aderenza risultano assai significative perché permettono di cogliere – come una cartina al tornasole – differenti concezioni del modo di intendere il rapporto con il paziente e, in ultima istanza, il modo di rappresentarsi l'identità professionale. Per questa ragione è estremamente interessante confrontarsi con questo tema che, centrale da un punto di vista teorico, lo è anche nella pratica quotidiana del medico. Molte critiche o cautele nel recepire l'idea di concordanza si attagliano sugli aspetti operativi e sulla mancanza di riscontri, quando, a nostro avviso, l'aspetto davvero "critico" e affascinante è proprio l'istanza filosofica, che invece parrebbe forse anche superficialmente apprezzata, ma certo non discussa, stanti le difficoltà di intendere la filosofia incisiva nella realtà.

Invece, già da un punto di vista etimologico, il termine scelto è – inaspettatamente – molto impegnativo e va ben oltre il tema di un'aderenza farmacologica o di una scelta terapeutica. L'etimo rimanda al latino *cum cor-cordis e cor* è per i latini la sede della vita, degli affetti, del pensiero (vocabolario latino Castiglioni Mariotti), quindi la concordanza è nell'animo e nei pensieri; è una ricerca di una sin-tonia, di un'armonia che coinvolge tutta la mente, cognitiva e affettiva.

Questo, se non inteso come un mero auspicio, come un ideale tanto buono quanto inattuale, reca in sé una radicale trasformazione. Il dato, tanto lapalissiano da rischiare di essere ignorato, è che i "cuori" sono due ed entrambi sono coinvolti nella costruzione di una concordanza. Questo è, a nostro avviso, effettivamente il passo nuovo, perché implica una più forte presenza dell'affettività e dell'emotività del medico. D'altra parte era già implicito nel modello patient centred che l'aderenza venisse costruita cercando una proposta di cura che tenesse in conto sia i vincoli clinici, noti al medico, sia la dimensione dell'illness e delle risorse personali e di contesto, trasmesse dal paziente. Inoltre se la concordanza si traducesse nel proporre un percorso, come un disegno già predefinito in base ai dati

e alle evidenze cliniche, in cui il paziente s'inserisse portando qualche tocco personale, un colore in luogo di un altro, l'inserimento o la cancellazione di un qualche elemento, compatibili con le indicazioni mediche, non si spiegherebbe *in primis* l'esigenza di proporre un nuovo termine né, secondariamente, il senso di un dibattito, con toni anche accesi, dal momento che non parrebbe difficile scegliere fra un proposta terapeutica ottimale, ma senza aderenza da parte del paziente e una proposta accettabile da parte del paziente e compatibile con la salute.

Se invece pensiamo a una "concordanza" è per lo meno implicito che ciò che passa, fra medico e paziente, sia molto di più di un'informazione tecnica, di una comunicazione verbale, coscientemente controllata. Questo rapporto è da immaginarsi come un canale aperto, costantemente, fra due persone le quali, in maniera a volte più puntuale, altre volte più distorta, come in tutte le relazioni, si creano l'uno dell'altro una rappresentazione relativa a come l'altro sia, cosa pensi e cosa pensi dell'interlocutore. Con l'aggiunta che, a differenza di quanto potrebbe capitare in altre relazioni è, in genere, molto rilevante per il paziente ciò che il medico pensa di lui e della sua malattia, non solo in termini nosografici e quindi il paziente mantiene un livello di attenzione e una sensibilità alta rispetto alla codifica dei vari messaggi, verbali e non verbali. D'altra parte al medico è chiesto di costruire una buona relazione su un terreno spesso impervio, dove le domande e gli interrogativi sono seri e sovente pesanti.

### Connotazione e denotazione

Rispetto al paziente è ormai consolidata l'idea dell'importanza dell'illness e della corretta rappresentazione della malattia. Vi è abbastanza attenzione a correggere i più grossolani errori che potrebbero minare una corretta aderenza. Si rettificherebbe ad esempio l'informazione del paziente iperteso che ritenesse la propria patologia causata e/o sostenuta da stati di tensione e di inquietudine, sentendosi così legittimato a non assumere la terapia in vacanza o a separarsi da un coniuge irritante.

Forse minore attenzione viene riservata a indagare la distinzione fra connotazione e denotazione delle patologie più note e diffuse. Trasmesse le informazioni sulle patologie e la cura, può venire meno, nella pratica routinaria, l'attenzione a come pazienti e familiari si rappresentino la malattia. Sebbene rispetto, ad esempio, a un bambino con diabete mellito tipo I, sarebbe utile, per un corretto supporto, un confronto sia con i genitori che si prefigurano una vita limitata, con problemi di vista e rischi di amputazioni, sia con quelli che, al contrario, non vedono problemi e pensano che l'iniezione di insulina renda il proprio figlio eguale a tutti coloro che sono sani.

Se la dimensione connotativa delle malattie è in qualche modo presa in considerazione relativamente ai pazienti, le connotazioni dei medici non sono oggetto di alcuna attenzione. Essi certo hanno più aggiornate e scientifiche conoscenze delle malattie, ma sono pure persone e in un rapporto con il paziente essi, volenti o nolenti, entrano interi, non solo con il camice. È impensabile che, quando il paziente comunica al curante alcuni vissuti personali rispetto al vivere con una ma-

lattia cronica, il medico non trasmetta ciò che egli sente e ciò che sente ha a che fare (anche) con come egli vivrebbe se fosse al posto del paziente, ferme restando le distinzioni fra i due.

*La signora Adele è una signora di settantasei anni, con un'ottima autonomia personale, in cura per una malattia renale in fase avanzata. Da qualche anno segue periodici controlli, presentandosi, accompagnata dalla figlia, sempre con puntualità. Anche oggi è in ambulatorio e si è preparata per l'appuntamento curando i capelli, l'abbigliamento e le lunghe unghie laccate di rosso. Gli esami indicano però un peggioramento della funzionalità renale, per cui si rende necessaria l'emodialisi. Il medico, cordiale e quasi galante con l'anziana paziente, comunica con pacatezza la scelta terapeutica. La paziente rimane "congelata", il suo sguardo si blocca, guardando nel vuoto oltre la finestra, mentre la figlia, senza latenza, esclama concitata "ma allora muore!".*

*Il medico esclude in maniera categorica quella che pareva un'infondata equazione fra dialisi e morte, con una "serenità" che poggiava sulla normalità (leggasi prevedibilità) del decorso delle patologie degenerative e fissa, a un paio di settimane successive, la data per preparare la fistola. Il giorno prima dell'intervento giunge una telefonata in reparto in cui si comunica il decesso della paziente.*

Ciò che è accaduto corrispondeva all'autentico sentire (anche) del medico: per sé, come essere umano, al di là delle parole rassicuranti espresse in qualità di medico, non avrebbe desiderato un esito diverso.

Anche nel modello patient centred (e nell'aderenza) il paziente e la comunicazione sono molto rilevanti, ma il medico può continuare a pensarsi sano. Il medico cioè ha la sicurezza della conoscenza del disease che integra, sostenuto da competenze e tecniche comunicative, con l'indagine dell'agenda del paziente (Moja e Vegni, 2000), ma lo sguardo potrebbe rimanere esclusivamente esterno, verso il paziente. In questa prospettiva, coerentemente, l'aderenza s'incentiva mettendo in campo una serie di attenzioni e valide strategie verso il paziente (Bergman-Evans 2006; Gould e Mitty, 2010).

Quando invece parliamo di concordanza le strategie dovrebbero essere pensate sulla relazione, o almeno prendere in considerazione entrambi gli interlocutori; in particolare al medico, non solo allo psichiatra (Cargnello, 1980), si chiede di imparare a stare nell'ambiguità dell'"avere di fronte qualcosa" e di "essere con qualcuno", quindi di essere presente a se stesso per poter esserci nella relazione. In altri termini, nella concordanza, la rete protettiva data dal sapere medico e dallo sguardo accudente, si sfilaccia perché acquista un più chiaro rilievo il sentire personale del medico, che come il paziente, potrebbe ammalarsi, trovarsi ad affrontare una malattia e avere o non avere le risorse, le convinzioni, le possibilità per vedere in un'esistenza con una patologia cronica un tempo di vita sensato, e forse anche bello o buono. Ma se accettiamo che nel rapporto con il paziente (Manfredi, 2017) la concordanza si attui nella scelta condivisa rispetto a quale sia il modo migliore di vivere la malattia, di fatto supponiamo che il medico abbia risorse non comuni per poter dare il proprio positivo contributo in un campo che trascende l'orizzonte prettamente medico. Un po'

provocatoriamente potremmo dire che vorremmo veder realizzata la massima di Ippocrate *ιατρός φιλόσοφος ἰσοθεός* (il medico filosofo è simile a un dio) o il pensiero di Galeno secondo cui “Ὁ ἄριστος ἰατρός καὶ φιλόσοφος” (il miglior medico è anche filosofo) e pertanto il medico doveva essere esperto in tre branche della filosofia: l’etica, la logica e la fisica.

Credo siamo molto lontani da questa prospettiva, e persino dalla figura, più vicina nel tempo, del medico d’inizio secolo, o meglio del “dottore”, esperto di medicina, ma insieme autorità intellettuale e riferimento per molte questioni del vivere. Nel solo nel secolo scorso il medico era davvero fra i pochi che “avevano studiato”, mentre ora si trova a dover rendere ragione persino del proprio sapere, ma il percorso di studi dei medici rischia di essere sempre più tecnico e poco incline a riflessioni di stampo filosofico o esistenziale.

Correttamente è stato messo in luce come i pazienti non siano tutti uguali (Segal, 2007). Ci sono pazienti cronici con sufficienti risorse, personali e intellettuali, che conoscono la propria malattia e se stessi; sono in grado di discutere, accogliere e valutare nuovi punti di vista e informazioni, sanno elaborare e operare scelte fondate. Altri pazienti possono avere minori risorse in quest’ambito e potrebbero accettare o rifiutare la terapia proposta senza alcuna valutazione analitica. Ovviamente la gamma è ampia e graduata e probabilmente gli stessi pazienti cambiano nel tempo, manifestando livelli di funzionamento diversi. Ne consegue che ci sono pazienti che non chiedono confronti, pazienti che si attendono poche e definite regole, pazienti che non inquietano con domande, ci sono pazienti che regalano risposte e che arricchiscono con la loro testimonianza.

Parallelamente possiamo immaginare medici esperti nel disease, medici che sanno anche indagare e conoscere l’illness e medici che sanno incontrare anche se stessi e che si lasciano conoscere dai pazienti.

Come esistono pazienti diversi, così c’è spazio per una varietà di professionisti: a questi credo vada chiesta la consapevolezza rispetto al proprio modello di riferimento e la capacità di inviare ad altri colleghi i pazienti che ricercano un professionista diverso. Non c’è in assoluto un modello che funziona più degli altri, ma serve il modello giusto per ogni specifico paziente. Al medico va data la libertà di scegliere come vuole lavorare e al paziente quella di come vuole essere curato.

Un buon risultato formativo potrebbe essere aiutare gli studenti a capire quale tipologia di medico vogliono essere, cercando di far sì che ciascuno di loro sia un bravo medico e abbia un percorso formativo adeguato.

### **Percorsi: contributi della psicologia clinica**

Molte delle discipline che compongono il corso di laurea in medicina possono esprimere un significativo contributo sul tema della concordanza, in questo scritto ci si focalizza su quello della psicologia clinica.

Ogni strada può essere percorsa a tappe e nei percorsi formativi procedere per obiettivi intermedi è preferibile. Un percorso più specificatamente formativo relativamente alla

concordanza, intesa in senso forte e non solo come scelta e prassi terapeutica, può avvalersi dei gruppi Balint, ma si richiede un diretto e autonomo rapporto con il paziente e un assetto formativo in piccolo gruppo: è quindi più probabile che le condizioni si realizzino nei percorsi di specialità o negli anni lavorativi. Nel corso di laurea in medicina è però importante prospettare diversi modi di entrare in relazione con il paziente, tra cui anche quello sotteso alla concordanza, poter fornire concetti, informazioni e qualche spunto per una riflessione personale, relativa alle motivazioni e all’identità professionale.

Nell’ambito della didattica, il tirocinio, potrebbe costituire probabilmente il setting più consono per esperienze formative certamente incisive, ma gli apprendimenti sono dipendenti dagli specifici assetti organizzativi e istituzionali degli enti sedi di tirocinio e dalla formazione, più o meno aggiornata, dei diversi tutor; è quindi più percorribile un sentiero il cui primo passo sia rappresentato dalla consapevolezza rispetto a diversi modi di esercitare la professione medica e dall’individuazione di quello più consono per lo studente. Una semplice attività proponibile agli studenti è la descrizione dei pazienti e/o di se stessi attraverso la scelta di un’opera d’arte. È questo un esercizio che aiuta di solito a prendere contatto con le componenti più affettive e spesso favorisce la messa a fuoco di alcuni aspetti che sfuggono o sono meno accessibili a una riflessione solo razionale. Inoltre la scelta delle opere, ma più ancora la modalità di presentazione delle stesse e delle motivazioni alla scelta, palesano la disponibilità, l’interesse e lo stile rispetto all’incontro con i pazienti. Ad esempio gli studenti poco inclini a condividere propri aspetti personali, mettono di solito a fuoco temi sociali, o pregiudizi culturali nei confronti delle malattie, specie psichiatriche, e propongono opere che già nell’intenzione dell’artista rimandano alla malattia e alla sofferenza. Altri studenti invece propongono opere varie, in cui i significati relativi alla malattia o a singoli pazienti sono del tutto personali e l’esposizione dell’opera e i processi mentali che hanno motivato la scelta sono espressi con ricchezza e partecipazione, a volte persino con commozione. La condivisione nel gruppo permette inoltre l’arricchimento attraverso il confronto con suggestioni e interpretazioni differenti.

Rispetto al piano più specificatamente informativo, può inoltre essere utile la presentazione di alcuni concetti, ad esempio quelli dell’identificazione proiettiva e della capacità negativa. Il primo permette di comprendere in maniera più precisa, come sia possibile uno scambio inconscio di affetti. Per studenti abituati ad altri percorsi di studi, rispetto a quelli psicologici, e a un’altra *forma mentis*, può essere persino rassicurante sapere che la comunicazione inconscia avviene comunque attraverso modalità sensoriali. Ma soprattutto è importante evidenziare come l’identificazione proiettiva offra un potente canale di connessione e apprendimento (nel senso bioniano) fra medico e paziente. Infatti, a differenza di qualsiasi altro meccanismo difensivo, che richiederebbe un apposito setting per la sua interpretazione, la restituzione dell’identificazione proiettiva può avvenire anche senza parole, attraverso la testimonianza, il modo di essere del professionista, che può accogliere dentro di sé quegli aspetti che il paziente ha sentito necessità di allontanare, ma

che potrà riprendere, bonificati, attraverso la relazione con il medico (“reinternalizzazione” Ogden, 1984). Il concetto di identificazione proiettiva ci consente di pensare che ogni relazione può essere occasione di maturazione e di crescita, che i compiti per gli uni difficili, possono essere magari già stati elaborati da altri, in un orizzonte di mutuo apprendimento. Questo permette inoltre di pensare al concetto di reciprocità rispetto ai pazienti: il riconoscimento che anch’essi possono essere portatori di insegnamenti è uno degli elementi che sostengono una buona immagine (dignità) del paziente e quindi anche la relazione.

Anche la capacità negativa è un concetto con cui è utile confrontarsi. Gli studenti di medicina sono sovente sottoposti a grandi pressioni, a cui spesso rispondono collusivamente, fra queste vi è l’idea che essi debbano sapere dare ogni risposta. Proporre come una capacità, come una conquista il saper stare in attesa ricettiva, tollerando il dubbio, il non sapere, senza affannarsi a escogitare spiegazioni razionali o a rifugiarsi nel fare, può essere una proposta di libertà e un obiettivo d’interesse. Anche questo tema si presta a divenire oggetto di riflessione personale e a costituire un ulteriore elemento ai fini della scelta professionale. Per alcuni studenti non solo non sono tollerabili il non sapere e il non controllo, ma non è minimamente desiderabile sviluppare tale capacità, specie se fra le motivazioni alla scelta medica vi era il tentativo di controllare eventi avversi.

Inoltre ogni esperienza formativa centrata sulla comunicazione e sull’acquisizione di specifiche tecniche comunicative è certamente fondamentale (Silverman et al., 2013), non solo perché le competenze comunicative non sono eludibili, ma anche perché attraverso di esse il medico ha la possibilità di riflessione su di sé. Attraverso la valutazione delle proprie risposte e di ciò che si è colto o meno delle comunicazioni, verbali e non verbali, dei pazienti si possono anche evidenziare vissuti transferali e controtransferali.

Infine anche le esperienze di tirocinio in strutture diverse e diversi modi di intendere e realizzare il lavoro d’équipe, possono rappresentare un ulteriore apprendimento, proprio per la loro varietà e per la connessione fra funzionamento del reparto, relazioni fra professionisti e disponibilità verso i pazienti. La dimensione istituzionale e organizzativa gioca infatti un ruolo rilevante nel modulare la disponibilità e l’efficacia del rapporto con il paziente e perseguire la concordanza in una struttura in cui l’équipe condivide una modalità di lavoro e relazione con il paziente è certo più agevole. La condizione ottimale è quella in cui la concordanza sia inserita in un più ampio progetto di cura del paziente, come quello dell’educazione terapeutica (Lacroix e Assal, 2003). Poter vedere e sperimentare il proprio lavoro in contesti diversi è quindi un ulteriore elemento di conoscenza e di scelta.

Concludendo, ogni lavoro che si sviluppi nella relazione è potenzialmente occasione di miglioramento personale; questo è certamente vero per quanto concerne il medico, ma gli apprendimenti, specie su di sé, saranno ancor più rilevanti se egli deciderà di lasciarsi interrogare, perseguendo con i propri pazienti la concordanza. Varie disposizioni personali, interessi, risorse, conoscenze ed esperienze formative possono sostenere

questa scelta e sostanziarla, nella consapevolezza che, come la mente è in continua evoluzione, così lo sono le relazioni con i pazienti e in esse la realizzazione della concordanza.

## Bibliografia

- Bergman-Evans B. *Aides to improving medication. Adherence in older adults*. Geriatr Nurs 2006;27:174-83.
- Bissonnette JM. *Adherence: a concept analysis*. J Adv Nurs 2008;63:634-43.
- Britten N. *Patients' expectations of consultations*. BMJ 2004;328:416-7.
- Cargnello D. *Ambiguità della psichiatria*. In: *Scienza, linguaggio e metafisologia. Scritti in memoria di Paolo Filiassi Carcano*. Napoli: Guida 1980.
- Chisholm MA. *Enhancing transplant patients' adherence to medication therapy*. ClinTranspl 2000;16:30-8.
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, et al. *Reframing medical education to support professional identity formation*. Acad Med 2014;89:1446-51.
- Cushing A, Metcalfe R. *Optimizing medicines management: from compliance to concordance*. Ther Clin Risk Manag 2007;3:1047-58.
- De las Cuevas C. *Towards a clarification of terminology in medicine taking behavior: compliance, adherence and concordance are related although different terms with different uses*. Curr Clin Pharmacology 2011;6:74-7.
- Gould E, Mitty E. *Medication adherence is a partnership, medication-compliance is not*. Geriatr Nurs 2010;31:290-8.
- Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. *Compliance in health care*. Baltimore: Baltimore John Hopkins University Press 1979, pp. 4-643.
- Haynes RB, Yao X, Degani A, et al. *Interventions to enhance medication adherence*. Cochrane Database Syst Rev 2005;4:1-77.
- Lacroix A, Assal JP. *Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica*. Torino: Edizioni Minerva Medica 2005, pp. 224.
- Manfredi P. *Can you live happily with a chronic illness?* Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche 2017;176:57-66.
- Marinker M; Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. *From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain 1997.
- Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Cortina Raffaello 2000, pp. 176.
- National Audit Office. *I costi di prescrizione di cure primarie* (online) 2007 (<http://www.nao.org.uk/pn/06-070607454.htm>).
- Ogden T. *Identificazione proiettiva e tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio 1994.
- Rose L, Kim MT, Dennison CR, et al. *The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure*. J Adv Nurs 2000;32:587-94.
- Sackett DL, Haynes RB. *Compliance with therapeutic regimens*. Baltimore: John Hopkins University Press 1976, pp. 293.
- Sanz EJ. *Concordance and children's use of medicines*. BMJ 2003;327:858-60.
- Segal JZ. *“Compliance” to “concordance”: a critical view*. J Med Humanit 2007;28:81-96.
- Snowden A. *Medication management in older adults: a critique of concordance*. Br J Nurs 2008;17:114-9.
- Snowden A, Martin C, Mathers B, et al. *Concordance: a concept analysis*. J Adv Nurs 2014;70:46-59.
- Webster's II New College Dictionary*. Boston: Houghton Mifflin 1995.
- World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, 2003.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Competenze comunicative per comunicare con i pazienti*. Padova: Piccin 2015, pp. 280.
- Winn K, Ozanne E, Sepucha K. *Measuring patient-centered care: an updated systematic review of how studies define and report concordance between patients' preferences and medical treatments*. Pat Educ Couns 2015;98:811-82.