

Re-imparare a convivere con l'incertezza: verso un paradigma centrato sulla relazione

ELENA VEGNI^{1,2}, LIDIA BORGHI¹

¹Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Milano; ²UOC di Psicologia Clinica, Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Santi Paolo e Carlo, Milano.

Pervenuto su invito l'11 febbraio 2020

L'incertezza è una dimensione connaturata e costitutiva della medicina¹. Nella pratica clinica, l'incertezza sta diventando una sfida critica per la medicina contemporanea, per almeno due ordini di ragioni. Primo, lo sviluppo della evidence-based medicine (EBM) e delle nuove tecnologie produce un sapere che spesso poco si adatta alla complessità specifica e multifattoriale della clinica con il singolo paziente: l'EBM fornisce ai medici sempre nuovi e maggiori informazioni e strumenti, ma li rende anche più consapevoli dei propri limiti di conoscenza rispetto a un tempo². Secondo, il passaggio a partire dagli anni '70 dal paradigma di medicina centrato sulla malattia a quello di medicina centrato sul paziente³ ha coinciso con l'emergere di un ruolo nuovo per i pazienti, sempre più consapevoli, informati e coinvolti attivamente nel proprio percorso di cura, riducendo l'asimmetria comunicativa tra medico e paziente e aumentando l'incertezza della e nella relazione⁴. La sfida dell'incertezza rimane oggi più aperta che mai: non esiste ancora una conoscenza sistematica e coerente sul tema e in particolare su come indirizzare i problemi o le criticità che l'incertezza pone nella relazione clinica. Dal punto di vista psicologico, l'incertezza è considerata una forma di "metacognizione": è la consapevolezza della conoscenza che abbiamo e delle sue lacune. In altre parole, è ciò che sappiamo di non sapere. Ma come si declina questo "sapere di non sapere" nella pratica medica?

La nostra proposta è quella di sottolineare come l'incertezza assuma all'interno della relazione medico-paziente la forma del dire "non lo so" a un paziente, e in base ai tipi di "non so" che il medico si trova a dire suggeriamo una tassonomia dell'incertezza (tabella 1).

Se accogliamo il "non lo so" - ovvero l'incertezza - come parte integrante o irriducibile della pratica clinica, quali sono le ricadute immediate? Da un lato, si rimarca il focus sulla relazione medico-paziente stessa, con particolare rilievo agli aspetti comunicativi, che diventano il terreno dove si argomenta l'incertezza nella pratica clinica: se le parole sono un atto relazionale, come si co-costruisce il dialogo dell'incertezza nella visita medica? E con quali conseguenze in termini di outcome? Questo è un campo di ricerca tutto da esplorare. Dall'altro, si pone l'accento sul medico professionista necessariamente imperfetto che si confronta con una dimensione di impotenza e di vulnerabilità. L'incertezza chiama potentemente in causa l'umanità del medico ed entrambe devono necessariamente diventare soggetto della formazione professionale⁵.

Per fronteggiare al meglio le sfide della medicina contemporanea, quali l'incertezza, il dire "non lo so" e le ricadute sulla vita emotiva degli operatori sanitari, è necessario un nuovo cambio di paradigma medico, che allarghi la prospettiva della medicina centrata sul paziente

Tabella 1. Tassonomia dell'incertezza in base ai tipi di "non so" che il medico si trova a dire all'interno della relazione medico-paziente.

Tipologia di "non so"	Tipologia di incertezza	Significati
"Non so" che trascende me-medico	Incetezza connaturata al sapere medico	"Non lo so" perché la scienza non lo sa - o non lo sa ancora -, perché la situazione è ambigua, perché il sapere è di tipo probabilistico
"Non so" con te-paziente	Incetezza relativa alla relazione con il paziente	"Non lo so" perché non so se dirlo, non so che parole usare o come veicolare le conoscenze che ho nella comunicazione e nella relazione con il paziente
"Non so" in me-medico	Incetezza connaturata al singolo professionista sanitario	"Non lo so" perché non lo so io - perché sono inesperto, non documentato, non è parte delle mie competenze, ecc.

per includere queste dimensioni nel proprio campo d'interesse. Questo modello è la cosiddetta *relational centered care* (RCC)⁶, ovvero una «cura centrata sulla relazione in cui tutti i partecipanti valorizzano l'importanza delle loro relazioni reciproche [...]. Le relazioni tra pazienti e clinici rimangono centrali, anche se vengono sottolineate le relazioni dei clinici con sé stessi, tra loro e con la comunità»⁶.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

- Han P, Klein W, Arora N. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making* 2011; 31: 828-38.
- Han PK, Babrow A, Hillen MA, Gulbrandsen P, Smets EM, Ofstad EH. Uncertainty in health care: towards a more systematic program of research. *Patient Educ Couns* 2019; 102: 1756-66.
- Moja EA, Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
- Babrow A, Kasch C, Ford L. The many meanings of uncertainty in illness: toward a systematic accounting. *Health Commun* 1998; 10: 1-23.
- Oteri R, Borghi L, Leone D, et al. L'esperienza del programma PERCS sulle conversazioni difficili in medicina a dieci anni dall'avvio dell'attività. *Recenti Prog Med* 2020; 111: 142-8.
- Beach MC, Inui T; Relationship-Centered Care Research Network. Relationship centered-care: a constructive reframing. *J Gen Intern Med* 2006; 21 (suppl 1): S3-8.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Elena Vegni
E-mail: elena.vegni@unimi.it