



www.ec-aiss.it

Testata registrata presso il
Tribunale di Palermo
n. 2 del 17 gennaio 2005
ISSN 1970-7452 (on-line)

© EIC · tutti i diritti riservati
gli articoli possono essere riprodotti a
condizione che venga evidenziato che
sono tratti da www.ec-aiss.it

Evidence-based medicine, efficacia terapeutica ed efficacia simbolica.

Cara ASL TI SCRIVO – analisi di corpus di lettere inviate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico della ASLTO4 Piemonte¹

Alessandra Luciano

Abstract

L'articolo propone i risultati dell'analisi semiotica di un corpus di lettere inviate all'Ufficio Relazione con il Pubblico dell'ASLTO4 Piemonte, finalizzata ad indagare le possibili cause dell'incremento di episodi di violenza su operatori sanitari da parte di utenti. L'analisi svolta ha confermato gli esiti di recenti ricerche sulla neurofisiologia dell'effetto placebo. La relazione che si instaura tra medico e paziente può infatti influire su importanti meccanismi dell'effetto placebo-nocebo, giungendo a condizionare non solo la percezione di essere adeguatamente accolti e presi in carico, ma anche la fiducia nella competenza professionale del medico e l'efficacia di azioni terapeutiche e farmacologiche.

The article focused on the semiotic analysis of a corpus of complaint letters sent by patients to the Public Relations Office of a Hospital ASLTO4 Piemonte. The analysis of the letters provided information and data on the relationship between the perception of therapeutic efficacy and the positive relationship between doctor and patient. The semiotic analysis of the letters confirms recent outcomes of neurophysiology research, which show that the patient's medical relationship influences the effects of placebo and nocebo and affects the perception of therapeutic and pharmacological efficacy.

¹ Questa ricerca si è svolta presso la S.C. Risk Management della ASLTO4 Piemonte, direttore dott.ssa Vincenza Palermo. La ricerca è stata svolta da Alessandra Luciano, PhD in Scienze del Linguaggio e della Comunicazione, Università di Torino, con la collaborazione di Barbara Broglio, coordinatore Infermiere professionale esperto. L'analisi completa Cara ASL Ti SCRIVO è consultabile a questo link: www.academia.edu/36935873/Cara_ASL_ti_scrivo



1. Introduzione

Da alcuni anni nelle strutture sanitarie sono in aumento i casi di violenza verso gli operatori sanitari. Le cause di questo problema sono generalmente individuate in un decadimento delle “buone maniere”, dell’educazione e della coscienza civica di chi fruisce di servizi, ovvero i cittadini. Le azioni istituzionali per proteggere gli operatori più esposti sono molto spesso orientate a porre barriere fisiche e strutturali e a minacciare la perseguibilità di chi si rende responsabile di atti di violenza fisica e verbale in condizione di richiesta di prestazioni sanitarie. Il Ministero della Salute ha anche emanato una specifica Raccomandazione per la prevenzione degli atti di violenza su operatore, nella quale suggerisce l’utilizzo di tecniche di de-escalation, mentre le organizzazioni sindacali richiedono da tempo misure di protezione per gli operatori, l’attivazione di sistemi di sicurezza e vigilanza con la presenza di Forze dell’ordine nelle strutture sanitarie pronte ad intervenire. Il problema della “violenza su operatore” è quindi sempre più assimilato ad una questione di ordine pubblico, che spesso è ritenuta anche una diretta conseguenza delle inefficienze del Sistema Sanitario Nazionale. Le lunghe liste d’attesa, la difficoltà di accesso ai presidi di emergenza, i disservizi che pesano soprattutto sulle fasce più fragili della popolazione, contribuiscono ad incrementare la frustrazione di chi deve richiedere cure e non può rivolgersi a strutture private, dove i tempi di attesa e le relazioni con gli operatori sono regolati secondo gli standard della qualità di cui il paziente-cliente deve beneficiare per essere fidelizzato.

Il lavoro svolto con il progetto *Cara ASL Ti scrivo*, realizzato presso la ASLTO4 Piemonte nel 2017, ha cercato di studiare il problema della violenza verso gli operatori sanitari a partire da una diversa prospettiva, orientata a comprendere se, oltre alle già rilevate condizioni strutturali inadeguate, e alla crescente inefficienza dei servizi, nonché al decadimento di senso civico dei cittadini, la questione violenza su operatore potesse essere condizionata anche da difficoltà di relazione tra operatori sanitari e persone assistite. Ciò anche in relazione ai risultati dell’ultimo rapporto del Ministero della Salute sull’incidenza degli Eventi sentinella in Italia² (nel quale gli atti di violenza a danno di operatore sono classificati al quarto posto nella graduatoria degli Eventi sentinella verificatisi nel periodo compreso tra 2005 e 2012) che individua tra le cause delle violenze al secondo posto i fattori inerenti processi di comunicazione (741 casi) e al quarto posto i fattori specificamente connessi alle relazioni (614 casi), dimostrando così che proprio i processi di comunicazione e le modalità di relazione sono implicati nell’accadimento degli eventi più gravi.

Le modalità di relazione tra operatori e pazienti dipendono da culture professionali, diventate via via inadeguate anche in relazione ad un sostanziale mutamento di paradigmi che hanno regolato per secoli la strutturazione di ruoli professionali, fondati sul riconoscimento di forme di autorità simboliche (sanitarie e cliniche), che nel presente sono entrate in crisi di legittimità. Ciò non solo perché “i pazienti” sono diventati sempre meno “pazienti” e sempre più insofferenti ad imposizioni terapeutiche, sempre più pretenziosi e poco disposti a riconoscere alla figura del “medico” il riconoscimento di un’autorità istituzionale, oltre alle sue specifiche competenze di professionista della cura. Ma anche perché è mutata nel “paziente” (che non a caso oggi deve essere indicato nel linguaggio medico come “persona assistita”), la consapevolezza del suo diritto di essere considerato nel trattamento terapeutico come “persona” portatrice di una patologia, nonostante la malattia. Nelle istituzioni sanitarie pubbliche questo mutamento di paradigma non è riuscito a conciliarsi con una diversa pianificazione dell’erogazione dei servizi sanitari, che allo stato attuale non è in grado di rispondere a questa pressante richiesta di “personalizzazione” del rapporto tra curante e curato, senza dover rivedere un’organizzazione già sofferente per la mancanza di risorse, di strutture adeguate, di personale specializzato e, soprattutto, di educazione continua in grado di mantenere a livelli di qualità accettabili la formazione degli operatori.

² Ministero della Salute, *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2012)*, edito aprile 2015, p. 5. Reperibile a questo link: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2353_allegato.pdf (ultima consultazione giugno 2018).



Testimoniano questa situazione i risultati dell'analisi di un corpus di lettere di reclamo inviate da "persone assistite" all'Ufficio Relazioni per il Pubblico della ASLTO4 Piemonte. L'indagine, coordinata dalla dott.ssa Vincenza Palermo, medico legale e direttore della Struttura Complessa Risk Management della ASLTO4 Piemonte, si era posta l'obiettivo di riuscire a considerare il problema della violenza su operatori anche secondo un approccio sociologico ed una specifica prospettiva semiotica, finalizzata non solo a quantificare l'incidenza degli episodi in relazione a specifici target e situazioni di emergenza esposte a maggior rischio, ma soprattutto a decifrare le motivazioni e i significati che potevano essere individuati all'origine di episodi di violenza. Il tutto ponendo attenzione alla voce delle "persone assistite" le quali possono essere in qualche modo ascoltate attraverso le lettere di reclamo che giungono presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico delle ASL e che costituiscono una preziosa risorsa in grado di fornire importanti informazioni. Si è così proceduto, (in collaborazione con la responsabile dell'Ufficio Relazione con il Pubblico dott.ssa Tiziana Guidetto e con lo staff della S.C. Risk Management) a selezionare tra le tante ricevute, le lettere di persone assistite che negli ultimi tre anni avevano segnalato disagi su aspetti relazionali in occasione di richiesta di prestazioni sanitarie. Questo corpus di n. 66 lettere è stato sottoposto ad una analisi quanti-qualitativa.

2. Analisi quanti-qualitativa

In una prima fase dell'analisi del corpus di lettere si è proceduto alla stratificazione delle segnalazioni secondo una segmentazione socio-demografica e geografica, finalizzata ad evidenziare le aree sanitarie che con più frequenza erano state oggetto di segnalazioni (dipartimenti di emergenza, aree di degenza, strutture ambulatoriali) nonché le categorie di operatori coinvolti (ovvero dirigenti medici, infermieri professionali, addetti al front-office). L'aspettativa era di riscontrare un'alta di percentuale di "critiche e lamentele" che coinvolgevano le aree di front-line (sportelli di accettazione e ritiro referti), e le categorie di operatori addetti alle mansioni di accettazione ricoveri, prenotazione visite ed esami, ritiro referti; altrettanto l'aspettativa era di riscontrare la conferma di dati riferiti a precedenti monitoraggi effettuati dalla Regione Piemonte, i quali avevano evidenziato come aree maggiormente esposte a rischio di segnalazione circa disagi inerenti "aspetti relazionali" i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione dei Pronto Soccorso Ospedalieri di tutto il territorio regionale.

La prima rilevazione quantitativa del corpus di lettere analizzate ha messo in evidenza invece un dato inaspettato: oltre il 60% delle segnalazioni dei pazienti coinvolgeva medici (e non operatori amministrativi o sanitari), in particolare evidenziando disagi relazionali che si confondevano con accuse di cure inadeguate, errate diagnosi, mancata assistenza³. Altrettanto, pur essendo consistente la percentuale di segnalazioni circa episodi verificatesi nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri della ASLTO4, la maggior parte degli episodi conflittuali segnalati si era verificata in occasione di prestazioni ambulatoriali, dunque in situazioni non di emergenza o particolarmente esposte ad un maggior carico di stress correlato da parte degli operatori sanitari.

³ Il dato relativo alla percentuale di dirigenti medici maggiormente coinvolti da lamentele conferma quello nazionale diffuso dal XVIII rapporto Pit Salute, 2015, a cura del Tribunale dei diritti del malato che ha registrato nel 2014 il 50,5% delle segnalazioni inerenti lamentele di cittadini per aspetti relazionali a carico di medici ospedalieri, il 17,7% a carico di medici di base e il 5,5% a carico di medici specialisti privati, a fronte di una percentuale del 24% di segnalazioni rivolte verso infermieri ospedalieri e operatori di front line.

Contro chi è rivolta la segnalazione

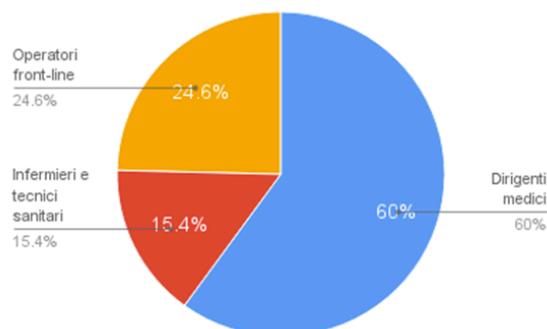


Fig. 1 – Categorie professionali contro cui sono state rivolte lamentele.

Considerando la possibilità di fruire di un materiale di indagine costituito da un corpus di testi ho ritenuto interessante proporre alla dott.ssa Palermo anche una analisi qualitativa di tipo semiotico sulle lettere che erano state oggetto dell'analisi quantitativa, che potesse meglio evidenziare i fattori scatenanti i conflitti di tipo relazionale che erano stati segnalati. Nelle lettere analizzate, infatti, l'esposizione dei fatti rappresentata attraverso le narrazioni dei pazienti segnalanti era articolata secondo una struttura costante in quattro tempi: descrizione del contesto e della figura del paziente coinvolto (a volte un parente altre volte autobiografica), descrizione del comportamento dell'operatore o dirigente medico, descrizione delle emozioni e stati d'animo vissuti in relazione alla percezione di quanto subito, giudizio di valutazione morale sul comportamento dell'operatore, il quale in molti casi era accompagnato da un giudizio sulla competenza professionale, o dalla segnalazione di errori o mancate forme di assistenza. Questa tipica struttura narrativa, riscontrabile in tutti i testi delle lettere, anche se non immediatamente assimilabile ad uno schema narrativo canonico tradizionale, traduceva una rappresentazione condivisa di una serie di episodi vissuti singolarmente, ma secondo uno stesso modello percettivo, che avrebbe potuto essere descritto attraverso le tappe di un percorso patemico (Greimas, Fontainille 1991) scandito da fasi di disposizione, sensibilizzazione, emozione e moralizzazione. Il racconto di quanto percepito rispetto a "comportamenti, toni di voce, gestualità" degli operatori era puntellato da una serie di aggettivazioni che potevano essere ascritte a specifiche tassonomie passionali rispetto a stati d'animo ed emozioni vissuti dai segnalanti in occasione della relazione conflittuale, e puntualmente rappresentati nei testi delle lettere attraverso la descrizione delle figure "attoriali" che facevano parte della narrazione: quelle dei pazienti o dei loro accompagnatori, quelle degli operatori sanitari o dei medici.

L'attività di analisi si è dunque concentrata sull'individuazione nei testi di tutti gli enunciati riferiti al comportamento, tono di voce, gestualità, delle figure attoriali rappresentanti gli operatori sanitari contro cui era rivolta la segnalazione, nonché di tutti gli enunciati riferiti agli stati d'animo ed emozioni che i segnalanti hanno descritto relativamente ai loro vissuti emozionali. Sono stati censiti tutti gli aggettivi e sostantivi rilevati nei testi delle lettere (senza censurare eventuali errori o non pertinenza semantica e sintattica), compresi sinonimi e metafore, ciò al fine di evitare possibili interventi di interpretazione durante l'analisi. Il repertorio di aggettivazioni riferite a qualificare l'azione dell'operatore sanitario è stato inscritto in quattro categorie organizzate secondo tassonomie passionali, al cui interno sono stati via via inseriti tutti i sostantivi ed aggettivi ascrivibili alla categoria specifica: autoritarismo, non empatia-asimmetria relazionale, ironia, colpevolizzazione⁴.

⁴ La suddivisione in quattro categorie delle aggettivazioni riferite al comportamento della figura del medico è stata attuata considerando come l'interazione medico-paziente tenda a costituirsi secondo modelli socio-culturali



Questi quattro tipi di modalità relazionale “subita” sono stati quindi messi in relazione con la descrizione dei vissuti emozionali dei pazienti, evidenziando la maggiore o minore quantità di aggettivazioni riferite a vissuti che avrebbero potuto scatenare reazioni di rabbia. Nella descrizione dei pazienti rispetto a “come mi sono sentito” (questa tipica modalità di esprimere un vissuto si è codificata nel testo proprio come un “sentire”) si sono altresì organizzate categorie di stati d’animo di disforia secondo specifiche gradazioni che dallo sconcerto o stupore procedono verso la tristezza o amarezza e, in alcuni casi, sfociano nella rabbia.

Poiché in molti casi i disagi relazionali segnalati si confondevano anche con lamentele relative ad inefficacia di cure, errori diagnostici o forme di mancata competenza professionale degli operatori, per meglio indagare questo aspetto (relativo alla segnalazione di problematiche cliniche, oltre che relazionali) si è allestita una seconda fase di analisi, che ha preso in considerazione i testi delle lettere di risposta della ASLTO4, le quali riferivano dell’esito di indagini interne svolte dalla Direzione sanitaria in riferimento alla segnalazione di errori diagnostici, terapeutici o di mancata assistenza. Si è potuto evidenziare che in nessun caso si erano verificati mancanze o errori di tipo sanitario, ma solo situazioni di disagio conseguenti a non idonei processi di comunicazione nella relazione medico-paziente.

3. Esiti dell’analisi qualitativa

Se i risultati dell’analisi da un punto di vista quantitativo avevano evidenziato che il maggior numero di segnalazioni si rivolgeva nei confronti di medici, l’analisi qualitativa con metodologia semiotica ha consentito di evidenziare due importanti aspetti destinati a non poter essere colti attraverso un classico approccio di analisi di dati quantitativamente riferiti alla maggiore o minore incidenza di un fenomeno in relazione a specifici target o contesti:

- l’organizzazione secondo tassonomie passionali degli enunciati riferiti ai comportamenti degli operatori implicati nella relazione ha consentito di definire una sorta di mappatura delle aree disforiche che gravano sulla relazione medico-paziente (ovvero quali comportamenti professionali tendono ad essere percepiti con più disagio dalle persone assistite contribuendo in alcuni casi ad escalation di passioni come rabbia e furore destinate a tradursi in violenze verbali e fisiche contro gli operatori);

che implicano una condizione di simmetria-complementarietà nella quale i due attori della relazione stabiliscono un patto reciproco: la posizione dell’uno è complementare a quella dell’altro, un ruolo di autorevolezza, conseguente al riconoscimento di competenze o saperi, viene accettato dall’altro partner della relazione. Watzlawich indica come esempio le relazioni tra medico e paziente, allievo e insegnante. Le patologie di relazioni di questo tipo sono segnate dal trasformare il ruolo di autorevolezza in relazione a saperi e competenze in una posizione di potere sull’altro, che autorizza “narrazioni” nelle quali la figura cui è riconosciuto nella relazione il ruolo di autorevolezza si trasforma nella figura di un attore che svolge il suo programma narrativo secondo un modello gerarchico di esercizio di autorità, diventando decisore-controllore-giudice della figura di attore a lui sottoposto. Questa particolare narrazione (così come si è costituita attraverso i racconti dei pazienti che la hanno descritta nei testi delle loro lettere di lamentela) iscrive in questa condizione di “asimmetria relazionale” una gradazione di stati d’animo vissuti che via via sfumano dalla percezione di *non empatia* del medico sino alla percezione di offese personali, e quindi di accuse di responsabilità delle proprie condizioni di malattia. Ho organizzato queste descrizioni di stati d’animo in quattro categorie operative a seconda della loro gradazione di intensità, ovvero aggettivazioni come: *il tono di voce era freddo e distante o mi parlava con tono di sufficienza e senza neanche guardarmi negli occhi, o con fare frettoloso e distante*, sono state inserite nella categoria “mancanza di empatia”; enunciati nei quali i pazienti descrivono il comportamento del medico come *aggressivo, impositivo, collerico* ecc. sono stati inseriti nella categoria “autoritarismo”; gli enunciati che denunciano forme di scherno e ironia rivolti dal medico verso il paziente o il suo medico di famiglia *come il suo medico non capisce niente, eh già che è grassa con tutto quello che mangia*, sono stati inseriti nella categoria “ironia”; altrettanto le descrizioni di accuse come *perché è venuta qui doveva andare in un altro ospedale attrezzato, se succede qualcosa alla sua bimba la colpa è sua, lei non collabora ed è colpa sua se non riesco a fare l’esame*, sono stati inseriti nella categoria “colpevolizzazione”.



- inoltre si è reso evidente che il disagio relazionale nel rapporto terapeutico tra medico- paziente, anche se non giunge ad innescare episodi di violenza, tende a confondersi per la persona assistita in “inefficacia terapeutica” (effetto nocebo) e a tradursi in “giudizi critici”, che sanzionano negativamente “la professionalità-competenza” del medico o dell’operatore sanitario.

È proprio questo secondo aspetto, meno evidente del primo inerente l’aumento statistico negli ultimi anni degli episodi di violenza verso operatori sanitari, ad aver rappresentato un motivo di riflessione importante per gli operatori coinvolti nella ricerca, perché la crisi di legittimazione del ruolo medico, che rende più fragili le barriere di autorizzazione all’utilizzo della violenza verbale o fisica da parte delle persone assistite, è correlata anche a meccanismi di percezione falsata di “non-efficacia terapeutica” vissuti dai pazienti. E la percezione soggettiva di “non-efficacia terapeutica” del curato non corrisponde all’“evidenza di efficacia clinica” del curante, perché condizionata da meccanismi “propriocettivi”, i quali includono anche il vissuto del “paziente” rispetto alla modalità di relazione instaurata con il medico. Questa relazione, secondo la prospettiva del paziente (che si traduce in una narrazione nella quale lui è soggetto-eroe disgiunto dal proprio oggetto di valore che è “la salute”) dovrebbe assicurare che il medico assolva alla funzione di attante-aiutante, proprio perché scelto dal paziente in virtù di una specifica competenza. Ma se questa funzione attanziale si trasforma in quella di attante-opponente anche la specifica competenza, che gli è riconosciuta anche in virtù di investiture istituzionali, non può che essere posta in discussione.

Concentrando l’analisi solo sulle figure attoriali attraverso cui l’autore della segnalazione si rappresentava, e repertoriando tutte le aggettivazioni che tendevano a descrivere la tonalità affettivo-patemica con cui le figure attoriali degli operatori sanitari erano implicate nel tessuto narrativo, si è potuto constatare che ai medici era rimproverata innanzi tutto la tonalità affettiva di un *non saper essere*: Non già un *non saper fare* rispetto ad una specifica competenza, ma la tonalità affettiva di un *non saper essere* rispetto alle attese specifiche di “accoglienza” della persona assistita. Il giudizio sulla mancata competenza (dunque di un *non saper-fare*), presente in molte lettere, si confondeva infatti con il giudizio precedente sul *non saper essere* del medico. Ed è del resto ovvio che quando ci si rivolge ad un medico, o alla struttura sanitaria per una richiesta di aiuto, l’aspettativa è di rivolgersi ad una figura la cui funzione sia di essere “aiutante” e non “opponente”, o “indifferente”, alla propria richiesta di aiuto. Proprio questo specifico giudizio sul *non saper essere* di aiuto, rivolto verso l’operatore sanitario o medico, in una consistente percentuale di casi si è confuso con un giudizio anche sul suo *non saper fare* (non saper fornire un aiuto) e quindi in una percezione di non efficacia dei trattamenti e terapie ricevuti.

Questa specifica percezione di “inefficacia del trattamento terapeutico ricevuto” ha caratterizzato la metà delle lettere ricevute (il 49%), le quali in specifico segnalavano problematiche assistenziali, di inadeguata presa in carico, problematiche cliniche, diagnostiche e terapeutiche. Le indagini interne della Direzione sanitaria dell’ASL, che in questi casi riesamina ogni passaggio del processo assistenziale e clinico documentato da cartelle cliniche e referti diagnostici, hanno invece drasticamente ridotto questa percentuale solo ad un 7,6% di situazioni di non adeguata presa in carico. In nessun caso le indagini interne hanno individuato problematiche cliniche, diagnostiche e terapeutiche, dimostrando che il 92% delle lettere ricevute segnalava problemi da attribuire ad inefficaci processi di comunicazione nella relazione medico-paziente.

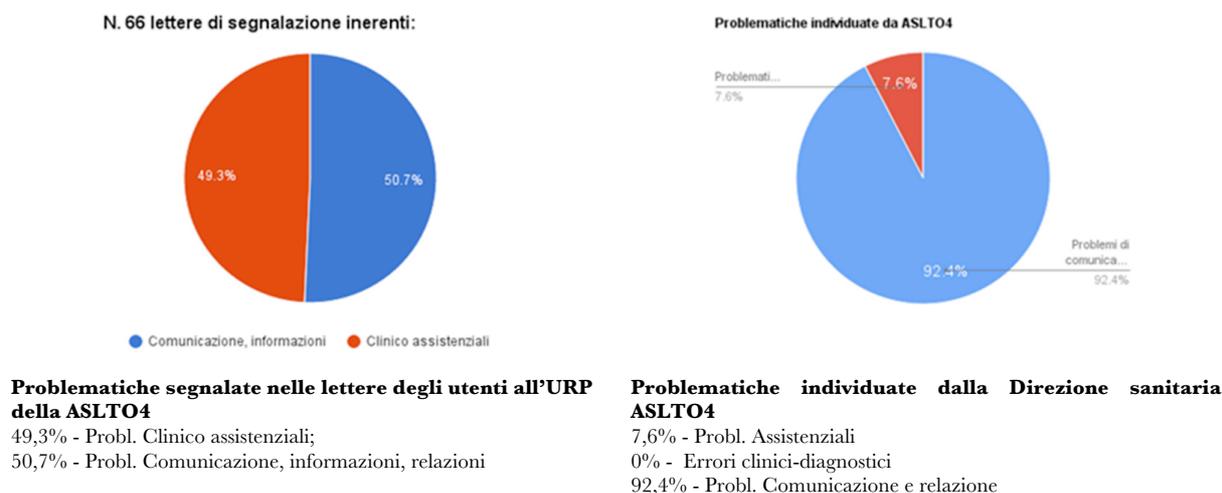


Fig. 2 – Le problematiche segnalate dagli utenti e le problematiche individuate dalla Direzione sanitaria ASLTO4

4. Efficacia terapeutica ed efficacia simbolica

La questione di come la percezione del “rituale di relazione” tra medico e paziente possa o meno avere un’influenza nell’efficacia o inefficacia del percorso terapeutico è questione complessa da considerare secondo gli indicatori della Evidence-based medicine e l’analisi svolta non intendeva, e non avrebbe potuto, entrare nel merito di queste evidenze. La ricerca si è concentrata sulla “percezione di efficacia” che la persona assistita vive relativamente ad uno specifico percorso clinico-terapeutico, indipendentemente dall’effettivo riscontro di un’efficacia/inefficacia terapeutica fondata sulle evidenze cliniche di questo percorso. Anche se studi recenti sull’effetto placebo (Frisaldi, Giudetti, Pampalona, Benedetti 2014, pp. 17-22) dimostrano come proprio il tipo di rituale di relazione (più o meno empatico e mirato a suggerire suggestioni tese a valorizzare la potenziale efficacia dell’azione terapeutica) che può accompagnare la somministrazione di farmaci o di azioni cliniche, è davvero in grado di condizionare importanti effetti psicologici⁵. Questi effetti psicologici sono in grado di influenzare gli stessi meccanismi biologici e fisiologici implicati nell’attivazione dei recettori specifici che sarebbero sollecitati dai farmaci anche se questi, in realtà, non sono assunti:

L’effetto placebo è strettamente legato alla relazione fra medico e paziente [...] una grande quantità di studi scientifici sull’argomento ha dimostrato che una buona interazione fra medico e paziente non solo è auspicabile, perché gentilezza e cordialità sono meglio della maleducazione, ma può avere effetti benefici sulla salute e sulla risposta a una terapia. Viceversa, un’interazione negativa può portare al peggioramento della malattia.
(Frisaldi, Giudetti, Pampalona, Benedetti 2014, p. 19).

⁵ Si vedano a questo proposito le ricerche sull’effetto placebo di Fabrizio Benedetti, professore ordinario di Neurofisiologia e Fisiologia umana presso il Dipartimento di Neuroscienze “Rita Levi Montalcini” dell’Università di Torino e Direttore del Centro di Ipossia presso il Plateau Rosà Labs, Plateau Rosà (Italia/Svizzera). Si rimanda qui in particolare a Benedetti (2016a, 2016b).



In questa area liminare di frontiera tra una medicina basata sulle evidenze cliniche e una medicina che si apre a considerare come l'efficacia terapeutica possa essere condizionata anche da processi di "efficacia simbolica" (Levi-Strauss 1990), si evidenzia il potenziale contributo che potrebbe offrire la semiotica alle scienze mediche. Ciò soprattutto per quanto concerne i recenti sviluppi della disciplina orientata ad indagare e rendere conto delle relazioni tra fenomenologia, retorica e figuratività (Bertrand 1999). Potrebbe essere interessante collaborare a ricerche applicative che coinvolgano neurofisiologia, linguistica e semiotica, in grado di "decifrare" e "misurare" il potenziale di efficacia di determinati rituali di interazione medico-paziente, i quali si fondano su specifiche pratiche e sull'utilizzo, nel linguaggio, di particolari dispositivi di efficacia come "metafore" e "figure retoriche", implicate nella percezione, in grado di sollecitare l'immaginario e suscitare emozioni. Queste specifiche strategie linguistiche, come tutte le pratiche di una relazione medico-paziente fondata sul rispetto di una ritualità sociale codificata, potrebbero contribuire a promuovere attraverso "la cura" un'esperienza del senso da attribuire ad un determinato momento esistenziale, la cui fragilità non risiede solo nei limiti imposti dal dolore fisico, ma soprattutto nei sentimenti di abbandono e solitudine cui la malattia destina il malato. In questa specifica declinazione il potenziale del rituale di relazione tra curante e curato, tra medico e paziente, richiederebbe di essere oggi meglio esplorato e compreso, non solo per migliorare la qualità della vita dei pazienti, ma soprattutto per migliorare la qualità della vita professionale di medici ed operatori.



Bibliografia

Nel testo, l'anno che accompagna i rinvii bibliografici è quello dell'edizione in lingua originale, mentre i rimandi ai numeri di pagina si riferiscono alla traduzione italiana, qualora sia presente nella bibliografia.

AA.VV., 2015, *Sanità pubblica, accesso privato. XVIII Rapporto Pit salute 2015*, Milano, Franco Angeli.

Benedetti, F., 2016a, *Effetto placebo e nocebo. Dalla fisiologia alla clinica*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.

Benedetti, F., 2016b, *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*, Roma, Giovanni Fioriti Editore.

Bertrand, D., 1999, *Topique et esthésie*, Séminaire intersémiotique de Paris, 15 novembre 1999, reperibile a questo link: <http://denisbertrand.e.d.f.unblog.fr/files/2009/11/srtopiqueetestsie2.pdf> (ultima consultazione giugno 2018).

Frisaldi, E., Giudetti, L., Pampallona, A., Benedetti, F., 2014, "Psychology, neurobiology, ethics of the placebo effects and of the doctor-patient relationship", in *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione*, pp. 17-22, reperibile a questo link: www.sefap.it/web/upload/GIFF4_2014_02_Frisaldi_ras.pdf (ultima consultazione giugno 2018).

Fontainille, J., 2017, "Les voies (voix) de l'affect", in *Actes sémiotiques*, n. 120.

Greimas, A.J., Fontainille, J., 1991, *Sémiotique des passions. Des états de choses aux états d'âme*, Paris, Seuil.

Lévi-Strauss, C., 1990, *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore.

Marrone, G., a cura di, 2005, *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, atti del XXXII congresso AISS (Spoleto 29 ottobre – 1 novembre 2004), Roma, Meltemi.

Zilberberg, C., 2006, *Éléments de grammaire tensive*, Limoges, Pulim.