

NAVIGARE NELLA PLURALITÀ: LO SGUARDO DI UN PAZIENTE SUL SUO PERCORSO DI CURA

Marta Fadda

Ricevuto: 22.10.2025
revisionato: 18.12.2025
accettato: 07.01.2026

© The Author(s) 2026

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution–NonCommercial–NoDerivatives License

ISSN print: 1421-1009
ISSN online: 3042-6138

DOI: 10.63648/ewn8ga84

Riassunto

Questo caso descrive l'esperienza di un uomo di 80 anni nel sistema sanitario ticinese, evidenziando come comunicazione, continuità e interprofessionalità determinino la qualità percepita delle cure. Attraverso un'intervista semi-strutturata e un'analisi seguita dalla validazione del partecipante, emergono passaggi chiave: dalla sensazione di "barca che dondola" all'ingaggio come membro di una squadra grazie a una regia clinica visibile; dal monitoraggio dei "parametri" alla richiesta di traiettorie con obiettivi e tempi verificabili. La pluralità dei professionisti appare al contempo salvifica e disorientante. Il caso mostra come mettere al centro dimensioni relazionali e biografiche, inclusi spazi narrativi extra-clinici, contribuisce a sostenere *agency*, fiducia e coordinamento lungo il percorso.

Introduzione

Orientarsi nel sistema sanitario può rivelarsi un'esperienza complessa e

disorientante per i pazienti, soprattutto quando il percorso diagnostico è lungo e incerto (1). Sebbene il sistema sanitario svizzero sia riconosciuto per l'elevata qualità delle cure, la sua struttura frammentata e la molteplicità di attori coinvolti possono creare difficoltà nella gestione coordinata dei percorsi diagnostici. Per molti pazienti, la ricerca di una diagnosi implica numerose consultazioni, esami ripetuti e un carico emotivo significativo. Comprendere tali esperienze dal punto di vista del paziente consente di cogliere aspetti del funzionamento del sistema sanitario che vanno oltre gli esiti clinici, mettendo in luce le priorità dei pazienti legate alla comunicazione, alla continuità della presa a carico e alla fiducia (2). Questo caso illustrativo descrive l'esperienza di un uomo di 80 anni residente in Ticino che ha affrontato un lungo e complesso percorso prima di ottenere una diagnosi. Attraverso l'analisi di un singolo caso, si intende far emergere la dimensione umana dell'interazione con il sistema sanitario locale e il significato che il paziente ha attribuito alla propria esperienza di malattia e cura.

Materiali e Metodi

È stato adottato un approccio qualitativo per esplorare l'esperienza vissuta dal partecipante e la sua prospettiva (3). I dati sono stati raccolti mediante un'intervista semi-strutturata condotta online nel mese di ottobre 2025. L'intervista, della durata di 75 minuti, è stata registrata in formato audio e video previo consenso del partecipante e successivamente trascritta integralmente. L'analisi dei dati è stata condotta secondo i principi dell'analisi tematica riflessiva (4). L'analisi ha preso in considerazione sia i significati espliciti sia quelli impliciti presenti nel racconto, al fine di offrire una comprensione approfondita delle

dimensioni emotive, cognitive, biografiche e relazionali del percorso del partecipante nel sistema sanitario. Per significati espliciti si intendono quelli dichiarati direttamente dal partecipante, mentre i significati impliciti sono quelli non detti ma desumibili dal linguaggio, dal tono e dalla struttura del racconto. Per rafforzare la credibilità dei risultati, è stata effettuata una validazione del partecipante, che ha revisionato i temi preliminari confermando l'accuratezza e la coerenza con la propria esperienza. La partecipazione allo studio è avvenuta su base volontaria. Le citazioni tratte dall'intervista sono state anonimizzate per tutelare la privacy della persona intervistata e delle persone menzionate nel corso della conversazione.

Risultati

Dall'imbarcazione al campo

All'ingresso in ospedale, il partecipante descrive l'esperienza come un'oscillazione su un'imbarcazione senza rotta né spiegazioni: «...*come essere in una barca di quelle dondolanti sul lago perché non capivo né cosa mi facevano, né perché*». La svolta avviene solo dopo tre giorni, quando una figura clinica si assume esplicitamente la regia, esplicitando ipotesi e passi successivi: «*È arrivato il primario, e in poche parole mi ha riassunto l'ipotesi di diagnosi, e poi mi ha detto "sarebbe meglio se lei stesse qui, ma se vuole andare a casa [vada pure]"...*». Da quel momento, il partecipante passa da "paziente" a membro attivo di una squadra in campo: «*Ho capito che lui teneva il timone, e ho capito anche di far parte di una squadra, perché dovevo fare anch'io la mia parte*». L'invito del chirurgo a camminare, usare le scale e "rendicontare" i passi prima dell'intervento trasforma l'alleanza in un compito condiviso: «*Mi ha detto "sua moglie deve cucinare pa-*

sti molto buoni, lei deve camminare e mandarmi tutte le sere un messaggio con quanti passi e quante scale ha fatto».

Parametri e progetto: dal numero alla traiettoria

Ripetutamente, il partecipante contrappone il monitoraggio routinario ("parametri") all'assenza di un progetto esplicito e condiviso di recupero: «Gli infermieri ti facevano i parametri, e i parametri eran giusti e il malato ero io». Formula ciò che avrebbe desiderato: «Sarei stato felice se mi avessero detto "La sua motricità è questa, facciamo questo, tra una settimana le diciamo se è migliorato"». La richiesta è di "traiettorie" verificabili (obiettivi, tempi, criteri) che trasformino dati numerici in orientamento clinico.

La pluralità: benefici, rischi e cause

Il partecipante riconosce l'ambivalenza della "pluralità" di attori e accertamenti. Da un lato genera disorientamento e frammentazione: «Una pluralità di attori che entrano in scena, per la persona diventa sempre più difficile capirne il senso». Dall'altro, la pluralità può salvare la vita: «Io devo dire sono vivo per questa pluralità dispersa di interventi. Se a inizio dicembre mi curavano la febbre col cortisone, non si accorgevano del cancro». La moltiplicazione degli esami è letta anche come risposta difensiva a timori medico-legali: «La paura di essere presi sotto giustizia induce a moltiplicare questi interventi».

"Togliersi camice e stetoscopio"

Emblematica è la richiesta di relazioni cliniche meno armate dal ruolo: «Ogni tanto a tirar giù il camice e a tirar giù lo stetoscopio. Le cose più significative le ho sapute quando le persone non avevano su l'impalcatura del loro ruolo». In quei varchi

relazionali emergono "pezzi di verità": «Dalla crepa del cemento veniva fuori un pezzettino di verità». Il partecipante collega questa postura all'apertura di spazi di fiducia, dove comunicazioni difficili e significati personali diventano dicibili.

Gerarchie, regia diffusa e continuità della cura

L'organizzazione gerarchica è vista come ostacolo alla presenza costante di un "regista" accessibile: «Penso a un aspetto molto gerarchico, per cui quello che tiene il timone vuol farsi vedere solo se ha tutte le bussole a posto». Il partecipante propone una leadership "di classe", quotidiana e umile, capace di ingaggiare specialisti al bisogno senza esautorare la figura di riferimento: «Se il timone lo lasci al docente di classe, quello è lì sempre, però deve essere abbastanza umile da capire quando non è più il suo capitolo». Nel percorso post-acuto, la continuità resta fragile: «Adesso ho un medico che cura la vascolite, un altro che gestisce la chemio, e io ogni tanto cambio barca cercando di non cascare in acqua». Il medico di famiglia è informato ma poco attivo nella sintesi: «Riceve tutto, ma da parte sua non c'è un intervento attivo». L'intensità degli interventi rende difficile e in questa fase forse inutile un intervento attivo.

Spazi narrativi e risorse fuori clinica

Il partecipante valorizza luoghi extra-clinici dove ricomporre la biografia e riattivare la sua agency: «Credo molto ai gruppi del caring community, ai gruppi di ascolto, ai club di narrazione». Il teatro e le pratiche espressive sono citati come dispositivi che trasformano l'oggetto di cura in soggetto: «Quando una persona diventa oggetto passivo di terapia non guarisce. Il teatro, invece, quando prende la gente e la fa

diventare viva, dà loro degli spazi». Tali spazi, non vincolati a ruoli e protocolli, permettono di «tenere tutti gli elementi biografici insieme e dare coerenza all'arco narrativo».

Discussione

Questo caso evidenzia che la qualità percepita delle cure dipende da un'infrastruttura comunicativa e relazionale solida quanto quella tecnico-clinica. Come dimostrano numerosi studi, la comunicazione chiara, continua e bidirezionale trasforma "parametri" in traiettorie condivise: obiettivi, tempi e criteri che orientano il percorso e restituiscono agency (la capacità di influenzare il proprio percorso) alla persona (5). La continuità delle cure richiede una regia visibile e accessibile, capace di integrare l'interprofessionalità senza frammentare: una figura di riferimento che coordini specialisti, assicuri passaggi di consegne e rimanga punto di contatto per paziente e famiglia (6). Mettere la relazione al centro significa anche legittimare gli aspetti biografici come risorsa clinica: come mostrano altri studi, comprendere storia di vita, valori, ruoli sociali e reti del paziente favorisce l'alleanza terapeutica e previene decisioni miopi guidate unicamente da check-list (7). Spazi narrativi extra-clinici possono contribuire a ricomporre l'arco di vita e sostenere la motivazione, in sinergia con i trattamenti (8). Per esempio, i gruppi di ascolto rappresentano contesti strutturati di condivisione dell'esperienza, le comunità di cura offrono reti relazionali di supporto continuativo, e pratiche espressive come attività artistiche o narrative permettono di elaborare e comunicare il proprio vissuto. Un'organizzazione che riduce barriere gerarchiche e promuove responsabilità distribuita limita l'overuse difensivo di esami, migliora l'esperienza e libera tempo per l'ascolto. Investire

in competenze comunicative, hand-over strutturati, piani di cura individualizzati e governance della continuità non è accessorio: è parte essenziale dell'efficacia e della fiducia tra paziente e curanti.

Navigating plurality: A patient's perspective on his care journey

Abstract

This illustrative case describes the experience of an 80-year-old man in the Ticino healthcare system, highlighting how communication, continuity, and interprofessionalism determine the perceived quality of care. Through a semi-structured interview and thematic analysis followed by participant validation, key passages emerge: from the feeling of a "rocking boat" to engagement as a team member thanks to visible clinical direction; from monitoring "parameters" to requesting trajectories with verifiable objectives and timelines. The plurality of professionals appears both salvific and disorienting. The case shows how focusing on relational and biographical dimensions, including extra-clinical narrative spaces, helps to support agency, trust, and coordination along the way.

Keywords: clinical communication, continuity of care, interprofessionalism, person-centeredness, biographical narrative

Bibliografia

1. Gualandi R, Masella C, Viglione D, Tartaglioni D. Exploring the hospital patient journey: What does the patient experience? *PLOS One*. 2019;14(12):e0224899.
2. Iedema RA, Angell B. What are patients' care experience priorities? *BMJ Qual Saf*. 2015;24(6):356-359.
3. Priya A. Case study methodology of qualitative research: key attributes and navigating the conundrums in its application. *Sociol Bull*. 2021;70(1):94-110.
4. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health*. 2019;11(4):589-597.
5. Djukanovic I, Hellström A, Wolke A, Schildmeijer K. The meaning of continuity of care from the perspective of older people with complex care needs: a scoping review. *Geriatr Nurs*. 2024;55:354-361.
6. Ljungholm L, Edin-Liljegren A, Ekstedt M, Klinga C. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? Perceptions among multiprofessionals on the chronic care trajectory. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):686.
7. Majno-Hurst P, Fadda M, Taddei L, Cristaudi A. Asking patients to share a short biography establishes a better connection and improves care. *BMJ*. 2025;389:r1157.
8. Marzi T, Adembri C, Vignozzi L, Innocenti B, Cruciata MA, Lippi D. Medicine at theatre: a tool for well-being and health-care education. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):258.

Affiliazioni

Marta Fadda
Institute of Family Medicine,
Faculty of Biomedical Sciences,
Università della Svizzera italiana
Center for Bioethics, Harvard Medical School,
Boston, USA
6900 Lugano (Switzerland)

Autore corrispondente: Marta Fadda,
e-mail: marta.fadda@usi.ch

Dichiarazioni

- Ruolo dei singoli autori nella preparazione del manoscritto: MF ha redatto il manoscritto
- Conflitti di interesse: nessuno.
- Fondi e ruolo dello sponsor: nessuno.
- Etica: Il progetto non è stato presentato a un comitato etico. Il partecipante ha fornito consenso informato orale per registrazione, trascrizione e utilizzo di citazioni anonimizzate ai fini della pubblicazione.
- Ringraziamenti: Si ringrazia l'intervistato per aver partecipato allo studio e per aver effettuato revisioni critiche del contenuto. Si ringrazia inoltre Mario Bianchetti per il supporto.