

LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE NELLE PAGINE DI TEMPO MEDICO

Sommario

INTRODUZIONE.....	2
LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE.....	2
IL PROBLEMA DELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE	5
METODO O NON METODO?	6
LA MEDICINA ALLA FINE DEGLI ANNI 50 E LA NASCITA DI TEMPO MEDICO	8
LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE NEGLI ANNI '60: LA BIOMEDICINA.....	11
ANNI 70: MEDICINA E SOCIETÀ	18
ANNI 80-90: CRISI DI COPPIA.....	21
30 Maggio 1989: <i>“La malapratica straripa anche in Italia?”</i>	22
Maggio 1992 <i>“Il medico deve essere amico e maestro”</i>	24
1992 - Alla ricerca della comunicazione mai avuta	25
1991 - <i>“Il fattore umano alla base della cura”</i>	32
IL NUOVO MILLENNIO: LA COMUNICAZIONE SOTTO I RIFLETTORI.....	37
CONCLUSIONI	44
APPENDICE: IL CASO DELLE CLINICOMMEDIE	44
Dov'è la relazione medico paziente nelle Clinicommedie?	46

INTRODUZIONE

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

La mia scelta di parlare di “relazione” e non di “comunicazione” tra medico e paziente è deliberata.

Il primo motivo è un mio pregiudizio.

Confrontandomi con medici e operatori sanitari (ma anche pazienti, policymaker e istituzioni) ho avuto spesso la sensazione che preferissero occuparsi di comunicazione, magari imparando una “tecnica” o acquisendo delle “skills”, o meglio ancora seguendo un protocollo o delle linee guida, lasciando la relazione in secondo piano. La relazione è percepita come qualcosa di aleatorio, sfuggente. Invece la comunicazione è qualcosa che si sente, si vede, si scrive e si può registrare, misurare e valutare con criteri “oggettivi”. Eppure non basta da sola a risolvere il “problema della comunicazione”, ad assolvere il compito (etico) di una buona comunicazione. La relazione è il lato nascosto della comunicazione, la “Twilight zone”: è già questo mi basterebbe per scegliere di esplorarla.

Ché la comunicazione da sola non basti non è esattamente un mio pregiudizio, posso citare una review del 2010:

*Basic communication skills in isolation are insufficient to create and sustain a successful therapeutic doctor-patient relationship, which consists of **shared perceptions and feelings** regarding the nature of the problem, goals of treatment, and psychosocial support¹*

E d'altro canto che comunicazione e relazione non esistano indipendentemente l'una dall'altra

è fatto noto almeno da quando Paul Watzlawick nella sua *Pragmatica della comunicazione umana* ha definito la comunicazione come un sistema relazionale.

Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed uno di relazione, un messaggio e un rapporto o una percezione dell'altro che caratterizza e definisce il significato della comunicazione. Ogni comunicazione comporta di fatto un aspetto di metacomunicazione che determina la relazione tra i comunicanti. Per esempio, la stessa frase “Mi raccomando” detta da un padre a figlio è un consiglio, da un militare ad un subalterno è un ordine, da uno stalker alla sua vittima è una minaccia.



E se a dirla è un medico a un paziente?

Bisogna a questo punto definire che cos'è la relazione medico-paziente. Una recente

¹ Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010 Spring;10(1):38-43. PMID: 21603354; PMCID: PMC3096184.

pubblicazione delinea altre caratteristiche di questa zona crepuscolare che è la relazione e l'impatto che questa sulla medicina:

*The doctor-patient relationship is a complex phenomenon conformed by several aspects, among which we can highlight the doctor-patient communication, the patient's participation in the decision making and the patient's satisfaction. These characteristics have been associated with the communication behavior of the doctor and the autonomy of the patient in medical care. The transcendence of the doctor-patient relationship is given by the confirmed fact of its influence on the results of health care. In fact, the quality of doctor-patient interaction and communication is a powerful indicator of the quality of medical care and plays a fundamental role in the medical care process*²

Potremmo sintetizzare con: è complesso, ma è importante per la qualità della cura; c'entra con il comportamento (comunicativo) del medico e con l'autonomia del paziente. Rimaniamo ancora nel crepuscolo, ma con qualche barlume.

Una definizione che trovo interessante è quella della consulta di Bioetica:

*Il rapporto medico – paziente è quella particolare relazione che si instaura tra un medico (o, usando una espressione di più ampio respiro, un professionista sanitario) ed un paziente a partire **da uno stato di malattia** di quest'ultimo e che è caratterizzata da **specifici doveri e diritti** morali e giuridici. È un **rapporto asimmetrico** in cui la parte più vulnerabile è il paziente, il quale è dipendente dalla competenza e dal **potere del medico**. Generalmente questa relazione si esplica all'interno di un **contesto sanitario**, pubblico o privato, e solo in casi particolari in un contesto domiciliare (ad esempio in situazioni di fine vita che richiedono la presenza di cure palliative a domicilio).*³

Questa definizione mi piace perché mi porta a fare tante domande: che cos'è lo "stato di malattia"? Che cosa significa essere "vulnerabile"? Quali sono i diritti e i doveri del medico? Su cosa si basa il "potere del medico"? Qual è il ruolo del contesto sanitario? Solo rispondendo a queste domande possiamo comprendere la complessità di questo fenomeno.

Io credo che fare i conti con la relazione significhi guardare l'acqua in cui siamo immersi, riflettere su ciò che è implicito, nell'individuo e nel contesto storico-culturale, significa immergersi a fondo nelle nostre e altrui credenze, emozioni, aspettative, pratiche e narrazioni.

E qui arriviamo al secondo motivo per cui ho deciso di concentrarmi sulla relazione è legato all'oggetto dell'indagine. *Tempo Medico* è una rivista, uno strumento di comunicazione, ma è uno strumento di comunicazione che muove da una redazione composta principalmente da giornalisti-medici ed ha come destinatari altri medici. Non c'è comunicazione medico-paziente in *Tempo Medico*, non c'è l'obiettivo o la volontà di comunicare con il paziente, semplicemente perché è **una rivista per medici**.

² Turabian, J. L. "Doctor-Patient Relationships: A Puzzle of Fragmented Knowledge." *J Family Med Prim Care Open Access* 3 (2019): 128.

³ <https://www.consultadibioetica.org/rapporto-medico-paziente/>

Quello che c'è, in abbondanza, è la rappresentazione della medicina, la descrizione delle pratiche culturali della comunità medica, l'insieme delle credenze, delle aspettative dei medici, il modo attraverso cui la comunità medica dà significato e rappresenta il mondo.

In sintesi: la narrazione della medicina e della professione medica all'interno della comunità medica.

Per questo *Tempo Medico* anche quando non tratta direttamente del paziente o della relazione con il paziente ci fornisce molti di quegli elementi che determinano la relazione: che cos'è la malattia, chi è il malato, qual è il contesto sanitario in cui si muove il medico, quali sono i diritti e i doveri del medico, chi è il medico, quali sono i suoi valori, come costruisce il suo potere e il suo sapere.

Gli antropologi direbbero che attraverso TM entriamo in contatto con il *campo culturale*⁴ della medicina, anzi della biomedicina in Italia. Ma più che un quadro quello che ci mostra è il processo diacronico di movimento delle forze, degli agenti e delle istituzioni. Da un punto di vista interno, quello dei medici.

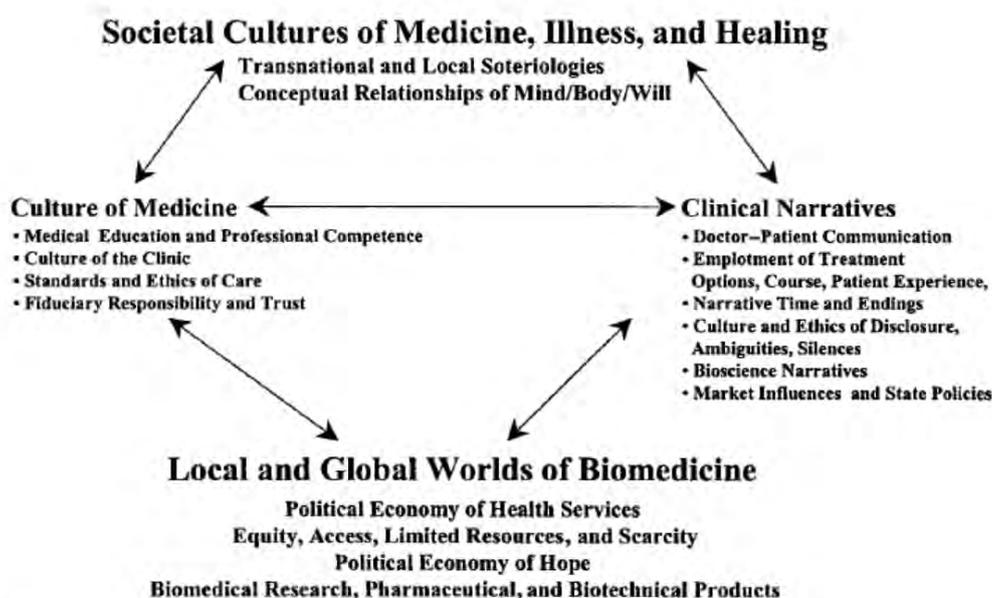


Figure 1

Figura 1- Good, M.-J. D., & Good, B. J. (2000). *Clinical narratives and the study of contemporary doctor-patient relationships*. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, & S. C. Scrimshaw (Eds.), *The handbook of social studies in health and medicine* (p. 243-258). Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781848608412.n16> pag 247

⁴ Il campo è uno spazio sociale entro il quale agiscono specifiche istituzioni, regolato da rapporti di forza entro i quali operano gli agenti che abitano quel campo (Bourdieu). Campo biomedico è abitato da diversi soggetti (i medici, i pazienti e i loro familiari, gli infermieri, e tutti i vari attori sociali coinvolti) che agiscono concretamente in un contesto istituzionale la cui stabilità è regolata da rapporti di forza e assetti di potere più o meno duraturi (G. Pizza, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci 2005, p.130)

IL PROBLEMA DELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Perché? è un problema?

Lo spiega bene il bioeticista Sandro Spinsanti:

Il problema della comunicazione è diventato centrale nella medicina attuale. Questo fatto non depone a favore della comunicazione stessa. Quando, infatti, nei rapporti interpersonali la comunicazione si fa centrale, ci sentiamo legittimati a dedurre che siamo di fronte a un indice di relazione "malata". Lo conferma autorevolmente Paul Watzlawick, uno dei maggiori esperti della comunicazione umana: "Quanto più una relazione è spontanea e 'sana', tanto più l'aspetto relazionale della comunicazione recede sullo sfondo. Viceversa, le relazioni 'malate' sono caratterizzate da una lotta costante per definire la natura della relazione, mentre l'aspetto di contenuto della comunicazione diventa sempre meno riportante" (Watzlawick, 1971), è quanto possiamo verificare empiricamente nelle relazioni amorose: le coppie in crisi, invece di fare l'amore, imbastiscono eterni discorsi per definire il loro rapporto... Quando la comunicazione è inceppata, ci si accorge di essa, in quanto diventa un sintomo dolorante. Qualcosa di analogo succede oggi in medicina. Si parla molto di comunicazione perché abbiamo l'impressione che siano sempre più frequenti e dolorosi i nodi della comunicazione. In particolare, la comunicazione si ingorga quando si decide, per motivi di diversa natura — mancanza di tempo e di opportunità, o anche motivi etici — di saltare il momento dell'informazione, andando direttamente all'azione terapeutica. L'enfasi posta sul fare, piuttosto che sul parlare informativo, danneggia il processo della guarigione e si traduce in un saldo negativo sul piano della comunicazione. Se la comunicazione non fluisce in modo sano, ristagna patologicamente, poiché, in ogni caso, non si può non comunicare. Questo è il primo assioma stabilito da Watzlawick nella sua Pragmatica della comunicazione umana.⁵

Il primo assioma della comunicazione ci ricorda che la comunicazione, non solo quella tra medico e paziente, è sempre un problema, perché se è vero che non possiamo non comunicare, il problema è comunicare bene.

Comunicare bene significa comunicare non tanto in modo efficace, quanto in modo responsabile. Ciò significa prendersi in carico non solo la trasmissione del contenuto comunicativo (che deve essere efficace), ma anche la dimensione relazionale, il rapporto con l'altro.

La comunicazione medico-paziente si è incartata sulla definizione della relazione, perché è la relazione soprattutto che è cambiata negli ultimi decenni, sempre rimanendo (più o meno) nella zona del crepuscolo:

In the last decades of the twentieth century, the way in which doctors and patients related to each other changed more than in the previous twenty centuries. The change from a paternalistic model to an autonomous model represented a transformation with few

⁵ <https://www.sandrospinsanti.eu/book/il-medico-e-il-paziente-una-relazione-complessa/>

Sandro Spinsanti - Vito Pappalepore IL MEDICO E IL PAZIENTE, UNA RELAZIONE COMPLESSA. Dall'educazione sanitaria al consenso informato. Mediamix Edizioni Scientifiche, Milano 1995

historical precedents. Before the last two decades, the relationship was predominantly between a patient seeking help and a doctor who made the decisions that were to be silently fulfilled by the patient. In this paternalistic model of the doctor-patient relationship, the doctor uses his skills to choose the necessary interventions and the most likely treatments to restore the patient's health or improve their pain. Any information provided to the patient is selected to encourage them to give their consent to the doctor's decisions. This description of asymmetric or unbalanced interaction between the doctor and the patient has been questioned in the last 20 years. In response to this model, a more active and patient-centered role has been proposed in which there is greater control of the patient, a reduction in the doctor's domain and greater mutual participation, and has now become the predominant model in the clinical practice⁶

E ancora di più il problema si pone oggi nell'iper-comunicazione a cui ci sottopone il digitale: un sovraccarico di scambi informativi, per di più disintermediati, che non sempre esitano in una vera e propria comunicazione efficace e responsabile. Torniamo al medium di carta, a Tempo Medico per capire

METODO O NON METODO?

Credo che l'archivio di Tempo Medico sia una risorsa importante per chi si occupa di studi culturali, sociologia della medicina, teoria critica, psicologia e storia della medicina. Ma ciascuna di queste discipline potrà svolgere un lavoro sistematico, ciascuna secondo le sue metodologie, nel migliore dei modi solo a partire dalla digitalizzazione completa dell'archivio, che auspico possa essere realizzata nei prossimi anni.

Ho iniziato questo lavoro con la consapevolezza di poter assolvere al compito assegnatomi - "analizzare l'evoluzione della relazione medico-paziente attraverso le pagine di Tempo Medico" - solo in maniera non sistematica, non esaustiva e non definitiva, con un approccio più "artigianale" che scientifico..

Come ho proceduto, quindi. Ho selezionato un campione di convenienza, sfogliando alcune annate di ciascun decennio. In particolare ho scelto articoli che mi sembravano significativi perché 1) hanno per oggetto esplicito la relazione o la comunicazione m-p, 2) hanno per oggetto esplicito l'etica, la deontologia o la professione 3) esprimono una visione della medicina o descrivono il paradigma medico 4) descrivono eventi storici rilevanti per l'evoluzione della relazione medico-paziente; 5) veicolano una narrazione implicita della relazione medico-paziente.

Ho letto questi testi con il metodo del *close reading*, prestando uguale attenzione agli elementi del testo e alle risonanze interiori. Li ho letti con curiosità, lasciandomi stupire. Ho cercato di considerare la maggior parte degli elementi del testo: il contenuto, le parole, la struttura, le immagini e l'impaginato.

Ho prestato attenzione alle reazioni che suscitavano in me, cercando di mettere in atto un processo di riflessione. In particolare molti dei testi più antichi mi generavano un forte senso

⁶ Turabian JL (2019)

di straniamento. Mi sono domandata: perché questo testo mi suscita questa reazione? Quali sono in particolare gli elementi del testo che mi comunicano un senso di straniamento? Cosa dice di me questa reazione? Quale poteva essere l'intenzione comunicativa dell'autore? Quali assunti espliciti sono saltati? In cosa la mia sensibilità, la mia visione del fenomeno

Ho messo in dialogo quello che leggevo con le mie conoscenze storiche sul tema cercando di annotare eventuali discrepanze, flashback o flashforward, anticipazioni e passi indietro, perché il cambiamento culturale è un processo non sempre lineare. Spesso ho cercato di mettere in relazione gli articoli con altri testi dell'epoca o attuali, per cercare di far emergere distanze e vicinanze prospettiche.

Mi sto domandando ancora in questo momento che cosa ho fatto di preciso: che cosa significa leggere e interpretare dei testi che erano stati scritti con specifici obiettivi, in un contesto storico specifico e per un pubblico specifico, oggi, quando tutti questi elementi sono diversi?

Lasciando aperta questa domanda a riflessioni più profonde rispondo solo in modo superficiale: quello che ho fatto è stato sfogliare i faldoni e leggere gli articoli con curiosità, come se mi avessero messo a disposizione una macchina del tempo, per proiettarmi in date specifiche del passato, scelte quasi a caso, e dare una sbirciata. Mentre sbirciavo cercavo di capire quello che stavo guardando, facendo congetture e ipotesi interpretative. Vi invito quindi a leggere questo report come una serie di cartoline da questo viaggio.

LA MEDICINA ALLA FINE DEGLI ANNI 50 E LA NASCITA DI TEMPO MEDICO

Siamo negli anni '50, sono gli anni del boom economico, del miracolo italiano e sono anche gli anni di una svolta per la medicina.

Secondo lo storico della medicina Giorgio Cosmacini⁷, da metà del Novecento assistiamo a una *rivoluzione terapeutica* legata allo sviluppo degli antibiotici e in generale della farmacoterapia, che genera un clima di fiducia e di certezze.

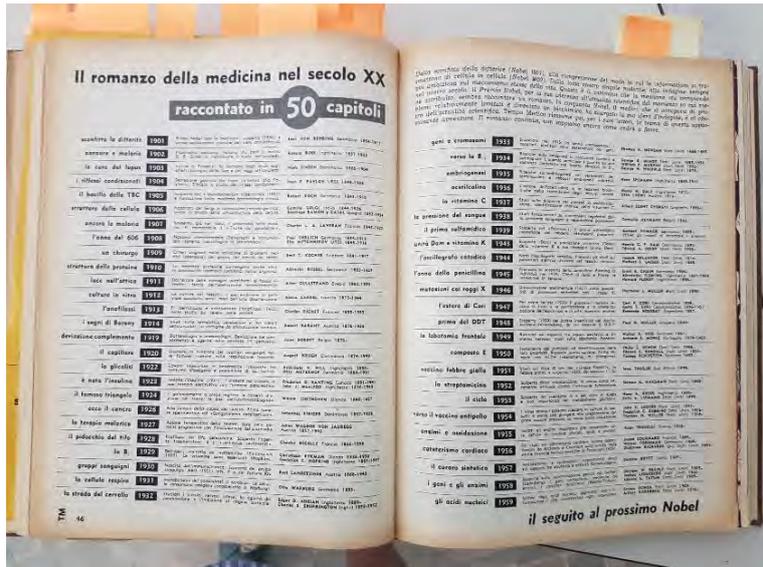
L'emozionante avvio della rivoluzione terapeutica con i nuovi farmaci dà le prime salde radici al convincimento di quanto sia stata povera, al confronto, la medicina del passato – di un passato anche recente – e di quanto invece sia ricca la medicina del presente: un presente postbellico e anche perciò più sereno. La nuova medicina, già vittoriosa su molti mali, appare infallibilmente progressiva e, in prospettiva, vittoriosa su tutti.

Alla rivoluzione terapeutica (con)segue una *svolta epidemiologica*: grazie alle migliorate condizioni igienico sanitarie e alle nuove terapie antibiotiche e vaccinali, le malattie infettive scompaiono dai primi posti nella classifica dei maggiori rischi per la salute. Alle vecchie malattie, però, si sostituiscono le nuove cause di mortalità - le malattie cardiovascolari e il cancro - un nuovo terreno di sfide, sia sul piano eziologico sia su quello terapeutico, esplorato con un sostanziale ottimismo che determinerà un'ulteriore spinta del progresso tecnico.

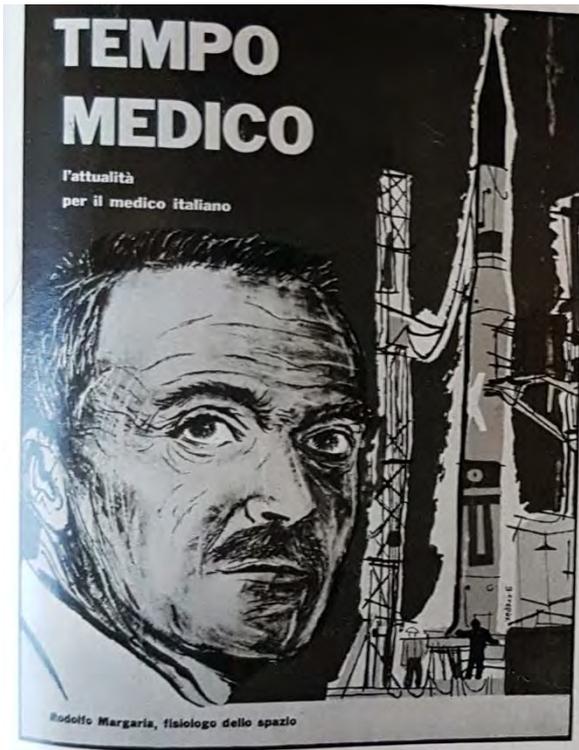
Per capire che aria tirava, basta leggere un articolo di Fortune, intitolato *Un programma per dieci anni*, (ripreso proprio nel primo numero 1 di Tempo medico, p. 40.): in parallelo si fronteggiano le grandi scoperte in campo scientifico e medico degli ultimi 10 anni e le aspettative per il decennio successivo. A 60 anni di distanza molte di queste previsioni mostrano l'ingenuità di quell'ottimismo (si davano per sconfitti arteriosclerosi, disturbi psichiatrici, per esempio), altre si sono rivelate straordinariamente azzeccate, magari con tempi un po' più lunghi.

In ambito più esclusivamente medico, un altro articolo di Tempo Medico (**sempre numero 1? Verificare**) celebra i successi, anzi l'epopea della medicina: "Il romanzo della medicina del secolo XX raccontato in 50 capitoli". E il romanzo ancora da scrivere "il seguito al prossimo Nobel"

⁷ Giorgio Cosmacini, Storia della medicina e della sanità in Italia: Dalla peste nera ai giorni nostri, Editori Laterza (20 ottobre 2016)



In questo contesto, di grandi risultati, grandi aspettative fiducia e ottimismo, nel 1959 nasce TM, su iniziativa della Pierrel Farmaceutici. Da subito TM si distingue nel panorama delle riviste dedicate ai medici, una rivista "rivoluzionaria", orientata al futuro fin dalla copertina.



Non solo il primo numero, ma anche la sua celebrazione in occasione del numero 100 forniscono molte informazioni interessanti sulla percezione della rivista dall'interno e sulle sue intenzioni. Nel numero 100 infatti si trova un lungo articolo che racconta la nascita della rivista e ne fa un bilancio. In questo articolo leggiamo:

...la rivista era **all'avanguardia** nelle scelte tematiche [...]. (grassetti miei)

*Indipendenza redazionale, varietà di argomenti, vivacità e **spregiudicatezza di linguaggio** e gusto, infine, di toccare **temi controversi**: questi i cardini del primo numero, seguiti con fedeltà fino al centesimo*

Per volontà del suo ideatore, la rivista si occuperà non solo di medicina, ma di tutti i temi di interesse medico: scienza prevalentemente, ma anche attualità, cultura e svago. E se ne occuperanno dei tecnici:

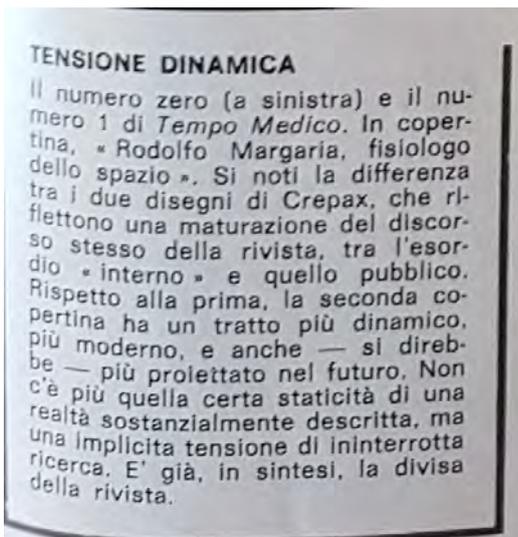
*Ma il professor Niccolò Visconti, consigliere delegato della Pierrel, la rese inedita e la nobilitò apportandovi due elementi chiave. Il primo che il giornale rifuggisse dai molti altri esempi o antologici (la rivista evasiva, la carta patinata, le quadricromie) o troppo strettamente scientifici: ai tecnici a cui si rivolse, giornalisti e medici, il professor Visconti chiese un veicolo che fosse in grado di fornire **una informazione estremamente aggiornata, inedita, puntualizzata sugli interessi di un pubblico medico, ma non limitata ai problemi della medicina.***

Le scelte stilistiche sembrano rivolgersi ai giovani medici:

*Al problema del contenuto si affiancava quello della forma in cui presentarlo: **agile, non supponente e d'altronde colta**, dato il pubblico particolare a cui si rivolgeva. Dire cose serie, in sostanza, nel modo **meno accademico** possibile*

La rivoluzione della medicina, secondo Tempo Medico, è fatta di uomini e di storie.

Tempo medico si propose subito di parlare - oltre che della medicina - anche dei medici, e a un medico, appunto, fu deciso di dedicare la copertina di ogni numero. Un medico in qualche modo da proporre all'attenzione dei colleghi, non tanto come esempio, quanto proprio come collega che aveva una storia alle spalle, degna di essere raccontata.



Nell'articolo nel numero 100, le differenze tra la copertina illustrata da Crepax del numero 0, la versione di prova, e quella del numero 1, la versione definitiva, vengono commentate usando questi termini "programmatici":

- Dinamico
- Moderno
- Proiettato nel futuro
- Tensione di ininterrotta ricerca

Tempo Medico è la rivista di attualità medica che attraverso le storie dei suoi protagonisti, ci proietta nel futuro.

Medici, scienza e medicina: e il paziente dov'è?

SEGRETO PROFESSIONALE

Il primo cliente

La collaborazione a questa rubrica è aperta a tutti i medici italiani. Non si accettano aneddoti che non rispettino l'anonimato del cliente. Ogni aneddoto pubblicato è commentato con l'invio di un libro.

Dr. R. G., Milano - «Debo confessare che non ebbi un "primo paziente", ma cominciai dal secondo. Infatti il primo cliente che venne da me domandò mentre stavo per iniziare la visita, da quanto tempo avessi aperto lo studio. Non ebbi l'animo di mentire, e risposi "da stamane". Accampò un impegno urgente e mi pregò di rinviare la visita. Non la rividi più. Il mio secondo-primo paziente fu una donna: ebbi la soddisfazione di diagnosticare un caso di allergia sfuggito a precedenti indagini, e di guarire appieno la malata con una serie non lunga di trattamenti».

Dr. C. B., Alessandria - «Dopo quasi trent'anni di pratica, non ricordo più il mio primo paziente. Bisogna d'altronde dire che non esiste, per un medico, il "primo" paziente: quando si apre lo studio o ci si reca dal primo dei propri malati paganti, il lungo rincio ospedaliero ha già di fatto portato il neo-medico a contatto con un infinito numero di pazienti; in questo rincio all'inizio il neofita non ha alcuna parte attiva nella cura, decisa da chi lo va istruendo, alla fine ha sostanzialmente, anche se non di diritto, una responsabilità piena. Il primo paziente nasce "per gradi"».

Dr. F. R., Bergamo - «Il mio primo paziente fu un cane. Ricordo che entrò nella sala di consultazione una vecchietta spessata, che era seguita, nonostante le proteste dell'infermiere, da un vecchio cane cisposo. Equivocai per un attimo, poi fu chiaro che la donna era venuta appunto per il cane: il quale, le avevano detto, "ha bisogno del dottore". Quel giorno esercitai abusivamente l'arte della veterinaria, per non scontentare la vecchietta. Ebbi anche lei, come cordiale e grato paziente, in un periodo successivo».

Dr. A. D., Genova - «Il mio primo paziente fu mia sorella. Ma era un paziente finto. Fu lei ad avere l'idea; con indosso palto e cappello, sostava nella mia anticamera. Era, mi disse, "per riguardo al cliente": per non dargli l'impressione di essere il primo — né il solo. Quando l'atteso cliente apparve, io sbrigliai un altro immaginario cliente in studio, feci entrare per una brevissima visita la finta paziente, e finalmente "ruppi il ghiaccio". Ho anche il sospetto, oimè, che mia sorella nella fase di anticamera abbia tessuto le lodi del dottore, "giovane ma bravissimo"».

Dr. B. Z., Napoli - «Mia prima paziente fu una donna gravida per la seconda volta. Veniva a farsi controllare pressione e urina ogni mese, accompagnata dal figlio di tre anni, sempre attentissimo a tutto ciò che facevo. Verso l'ottavo mese, mentre stavo misurando la pressione, improvvisamente il figlio scoppia a dire: "Ah, ho capito perché la mamma continua a diventare sempre più grossa! Tu gli pompi dentro dell'aria ogni volta che viene qui!"».

Dr. A. B. S., Roma - «Fu mia madre. Dovendo partire mia madre per la villeggiatura, la accompagnai al treno e la feci accomodare in uno scompartimento. Andai poi a parlare col capotreno, spiegandogli che la mamma era sofferente di una grave forma di miocardiosclerosi. "Non si preoccupi, dottore — mi interrompe — Lasci fare a me. Appena arriviamo a destinazione provvederò personalmente a far disinfettare lo scompartimento"».

Dr. S. T., Trieste - «Avevo da poco aperto lo studio. "Dottore, mio figlio ha le convulsioni!", mi telefonò agitatissima una donna. "Quanti anni ha?" mi informai. "Ma dottore, non è ancora nato!"».

Dr. M. R., Trento - «Era il mio primo parto. Appena uscito dalla Sala Parto, trovai la sorellina serena della paziente. "Congratulazioni — le dissi — tua sorella ha appena avuto una bella bambina. Ora tu sei zia". Guardandomi sbalordita, lei mi rispose: "Io, zia? Ma come faccio, se non sono ancora sposata!"».

C'è nel numero 0 una suggestiva rubrica, che oggi potrei usare come prompt di scrittura nei corsi di Medicina Narrativa: **"Il primo cliente"** (l'uso del termine cliente invece che paziente, fa riferimento al sistema sanitario mutualistico dell'epoca) fa emergere una riflessione inconsueta, spesso ironica e autoironica: episodi buffi legati all'ignoranza del paziente, al candore dei bambini o a richieste bizzarre, ma anche sincere ammissioni di insicurezza e la descrizione di stratagemmi necessari a guadagnarsi la fiducia dei pazienti, nonostante la giovane età. Uno stralcio sul **lato umano della professione medica**, che esula da quell'esaltazione dello spirito scientifico che abbiamo visto negli esempi precedenti. Purtroppo la rubrica non passa l'esame del numero 0 e scompare dal numero 1 e dai successivi.

Da qui in poi, non sarà facile rintracciare il paziente e la relazione con il paziente nei primi decenni di vita di Tempo Medico. Qualche traccia emerge tra le rubriche culturali, nelle lettere al direttore, nelle rubriche di Medicina e Società.

Ma nel suo arco di vita durato quasi 5 decenni, *Tempo Medico* ha incontrato e si è dovuto confrontare con molti altri moti di cambiamento e "rivoluzioni", non solo in campo medico, ma anche socio-culturale. E il

paziente, una nuova figura di paziente, ha cominciato a emergere nel tempo, richiedendo di pari passo, un cambiamento nella corrispettiva figura professionale del medico e nella relazione. Ma basta con gli spoiler.

Resta il fatto che la rivista si rivolge al medico ed è scritta da giornalisti scientifici che spesso sono a loro volta medici. Il punto di vista sul paziente è sempre il loro, la loro rappresentazione.

Per questo generalmente il paziente non compare direttamente, ancora più raramente esprime una sua voce, più spesso si intravede una rappresentazione del paziente in controluce, come il negativo della figura del medico, soprattutto quando è in discussione il ruolo professionale, l'etica e la deontologia. Oppure la relazione del paziente emerge dall'attualità della cronaca.

LA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE NEGLI ANNI '60: LA BIOMEDICINA

Nel concetto di relazione medico-paziente si intrecciano etica, deontologia, antropologia, psicologia, dinamiche di potere e il significato stesso attribuito alla medicina e alla cura. Oggi è abbastanza chiaro che non si tratta semplicemente di una questione di buone maniere o di

educazione, ma di un ingrediente fondamentale per definire che **cos'è la medicina** e, soprattutto, che cos'è una **buona medicina**.

La rivoluzione terapeutica degli anni 50 ha portato con sé una *svolta medico-antropologica* – che ha stravolto la relazione medico-paziente precedente. Secondo Cosmacini:

Si registra un cambiamento di sguardo: il medico che si trova ad avere nelle mani un farmaco finalmente efficace contro mali refrattari da secoli tende a vedere nel proprio malato, cui somministra quel farmaco, un organismo governato dalle leggi della biologia; non tanto, non anche, non più un individuo implicato spesso in situazioni di vita, ambientali e comportamentali, altrettanto patogene.

[...]

Il medico che modellava il proprio agire sul rapporto antropologico-duale del «curare e talvolta guarire» ora guarisce sovente, acquistando maggior merito e in pari tempo maggior prestigio, maggior fiducia, maggiori sicurezza e certezza. L'intervento farmacoterapico esaudisce le attese del malato ed esaurisce le funzioni del medico.

Il medico «curante» diventa il «terapeuta» che prescrive e somministra con precisione scientifica il farmaco risolutore. La farmacoterapia diventa essa stessa totalizzante, totalitaria: il farmaco tutto fa e tutto può. Grazie ai nuovi farmaci il medico, come il dottore della commedia di Eduardo De Filippo, garantisce la guarigione «con novantanove probabilità su cento». Al medico che dispone di quest'arma potente, e che ne fa uso a beneficio del malato, non è più richiesto o raccomandato di stare con il malato come un tempo, con la presenza e la parola, o «compensando la propria impotenza terapeutica con la pazienza dell'ascolto»⁸

Il passaggio da una medicina “sciamanica” a una medicina “scientifica”, un processo che nella nostra storia occidentale è durato secoli, trova una consacrazione nei grandi risultati ottenuti dalla farmacologia e dalla chirurgia.

Lo sguardo medico diventa uno sguardo riduzionista, concentrato sulle malattie, sul funzionamento dei singoli organi e apparati, fondata sulle conoscenze della biologia, della farmacologia e sul metodo sperimentale.

L'antropologo Byron Good⁹ ha documentato il percorso che svolgono gli studenti di Medicina ad Harvard, un percorso che li porta a entrare nel mondo della medicina:

un mondo a sé di esperienze, pieno di oggetti che semplicemente non fanno parte della nostra vita quotidiana. Imparare la medicina significa sviluppare la conoscenza di questo mondo della vita distinto e richiede l'ingresso in un sistema di realtà a sé.

La medicina trasforma il modo di vedere il corpo umano, gli attribuisce un nuovo significato e un nuovo modo di interagire con esso. Le testimonianze degli studenti raccolte da Good raccontano proprio come avviene questo processo, attraverso l'insegnamento della biologia, dell'istologia, dell'anatomia e del linguaggio medico che costruisce i suoi oggetti.

⁸ Cosmacini *Ibidem*

⁹ J. Good Byron, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi 2006

Attraverso la refertazione, la storia del paziente viene riscritta in termini biomedici e viene narrata agli altri medici: il paziente diventa un progetto di cura. Come descrive la testimonianza di questo studente:

Tu non sei lì per parlare delle persone, avere notizie sulla loro vita e assisterli. Non sei lì per questo. Sei un professionista e ti sei preparato per interpretare le descrizioni fenomenologiche del comportamento in termini di processi fisiologici e fisiopatologici. Hai quindi la sensazione che se provi a narrare la storia veramente la storia di qualcuno, i superiori si arrabbino; sono seccati con te perché sembri non venire al dunque; [...] Ciò che devi presentarmi è il materiale su cui dobbiamo lavorare

Il mondo della medicina, il suo linguaggio, la rete di conoscenze necessarie per muoversi al suo interno, si allontanano sempre di più dal mondo del paziente. E d'altro canto il medico ha sempre meno interesse per il mondo vissuto dal paziente, dal momento in cui ritiene di poter (ri)conoscere in maniera oggettiva la malattia e guarirla.

Tempo Medico si colloca all'interno del mondo culturale della biomedicina, da cui il paziente è stato espulso per fare spazio allo studio oggettivo e scientifico della malattia e alle sue opzioni terapeutiche.

Nel primo decennio della sua storia, *TM* celebra questa nuova visione principalmente accordando un ruolo centrale alle rubriche dedicate all'aggiornamento medico-scientifico. Anche le scelte redazionali sottolineano i nuovi valori della scienza medica: proibito l'uso della prima persona in favore delle forme impersonali, totale indipendenza dall'azienda che finanzia la rivista, gli articoli non vengono firmati dai singoli autori ma sono frutto di un'opera collettiva e collaborativa, di una redazione che condivide intenti e linguaggio, un vero e proprio progetto culturale che tanto ricorda l'impresa scientifica.

I ritratti dei medici, scelti per le copertine e per l'articolo principale, sul modello di *Time*, delineano l'ideale del medico: innovatore, scienziato, esperto, colto e mosso da un profondo spirito umanitario che espleta più che nell'incontro con il singolo, in una missione nei confronti dell'intera umanità.

Il paziente non c'è, se non dall'interno, non tanto la sua interiorità quanto le sue interiora sono fotografate (in senso letterale) o radiografate, per mantenersi aggiornati su tecniche di intervento, tecnologie e patologie. Il paziente filtrato e ricostruito come oggetto dello sguardo biomedico.

"Il paziente dimezzato", titola un articolo del xxx - non certo per denunciare il riduzionismo biomedico - ma per celebrare il successo di un intervento estremo di amputazione. Le parole usate sono quelle del gergo tecnico, l'enfasi è sulle nuove potenzialità abilitate dalla medicina, il punto di vista è esclusivamente quello del medico, nessun cenno alla partecipazione del paziente in una scelta così difficile, niente sul suo grado di soddisfazione; la spregiudicatezza



del titolo gioca ammiccando alla cultura letteraria dei suoi lettori, su un argomento su cui oggi qualche scrupolo in più ce lo faremmo.

Le foto a corredo dell'articolo, con didascalia altrettanto spregiudicata "Record e Record Man", nonostante lo scrupolo di celare il viso del paziente, per la mia sensibilità odierna è decisamente un po' troppo prossima alle immagini di Barnum insieme ai freak del suo circo - anche se il pubblico di questo circo è composto da colti scienziati.

~~Lo sguardo di Todd Browning nel mostrare i suoi *Freaks* (1932) sul grande schermo è decisamente più complesso e se non pietoso, consapevole della responsabilità che questo comporta.~~

L'esempio scelto è forse un po' estremo, ma indicativo di quanto questo approccio fosse distante dalle nostre attuali aspettative nei confronti della medicina, dei suoi obiettivi e della relazione con il "soggetto" di cui la medicina si occupa.

aspettative nei confronti della medicina, dei suoi obiettivi e della relazione con il "soggetto" di cui la medicina si occupa.

Il paternalismo nella relazione con il paziente, modello dominante in quest'epoca, si manifesta generalmente in maniera più innocua e bonaria, nei ritratti dei medici di copertina: la loro cultura, le loro doti umane, il loro spirito di abnegazione nei confronti della scienza e del progresso dell'umanità li rendono dei super-eroi, oggetto di ammirazione e modelli a cui ispirarsi. Una relazione paritetica con questi semi-dei forse non era pensabile nemmeno per i colleghi-lettori, figuriamoci per i pazienti.

[qui si potrebbe fare un elenco degli eroi delle cover]

Prendiamo ad esempio il ritratto di Antonio Lunedei, comparso sul numero 28 del marzo 1964, una figura illuminata, di cui vengono messe in risalto anche le doti umane di formatore.



L'articolo si apre con un aneddoto che riguarda accidentalmente la relazione con i pazienti, un incipit che credo oggi susciti un impatto diverso rispetto a quello che era nei desiderata degli autori. Leggiamo:

Quando si avvicina una consultazione elettorale le visite ambulatoriali del professor Antonio Lunedei durano in media un quarto d'ora in più del normale: all'anamnesi o e all'esame obiettivo si aggiunge un non sempre breve colloquio a quattr'occhi sulle intenzioni elettorali del paziente. Lo scopo dichiarato di questa prassi è quello di raccogliere una documentazione sulle tendenze elettorali - una specie di sondaggio Doxa del tutto privato - per ricavarne delle previsioni sull'esito delle imminenti elezioni, in realtà conoscendo il professor Lunedei, c'è da supporre che tale atteggiamento obbedisca a una ben più complessa tendenza della sua personalità. Il professor Lunedei è un "didatta" nel senso più ampio del termine: un uomo cioè che sente nel profondo il fascino di riuscire a convincere gli altri della esattezza delle proprie idee usando la sola arma della parola e del ragionamento. A poco a poco l'applicazione di questa abitudine è diventata parte integrante della sua personalità e il professor Lunedei non perde mai l'occasione che ogni contatto umano gli offre per sfoderare la sua "arte della persuasione".

L'autore dell'articolo vuole mostrarci Lunedei come un moderno Socrate (l'ammiccamento alla cultura classica non manca mai, i medici erano diplomati al liceo classico), ma l'immagine che ha suscitato in me è più quella di Don Camillo o il celebre slogan di Guareschi "Nel segreto della cabina elettorale Dio ti vede, Stalin no!" Non tanto per la posizione politica, ma proprio per l'intento persuasorio. Un medico nel suo ambulatorio non pensa di "convincere gli altri della esattezza delle proprie idee usando la sola arma della parola e del ragionamento", dimentica la posizione di potere da cui si pone. Un prete che predica dal pulpito ne è al contrario ben consapevole.

Oggi probabilmente un sondaggio da ambulatorio come quello descritto sarebbe considerata una fastidiosa intromissione nella privacy del paziente - ovviamente da contestualizzare rispetto al tipo di relazione instaurata precedentemente. Il tentativo di persuasione politica sarebbe addirittura considerato un abuso di potere, non certo un dialogo socratico. Ma di questo l'autore dell'articolo non poteva rendersi conto nel 1964.

Nonostante sia così profondamente immerso nella visione di quest'epoca, *Tempo Medico* talvolta mostra di avere fiuto per le visioni a venire: un articolo del 1961 - *Recipe: un medico q.s.* - in cui si prova a oltrepassare la biomedicina in direzione della nascente medicina psicosomatica. L'articolo prende spunto dalla pubblicazione del libro di Michael Balint "Medico, paziente e malattia" per illustrarne il pensiero.

**Recipe:
un medico
q. s.**

Il farmaco più usato in medicina generale è il medico stesso qualsiasi applicazione sulla dose alla quale il medico deve praticare se stesso, in quale forma e con quale frequenza si deve somministrare il medicinale? Quale la dose di attacco e quale quella di mantenimento? Ancora più inquietante è la completa mancanza di dati sui possibili rischi di questo genere di cura, sugli stati di allergia che si possono provocare nei pazienti e sugli indesiderabili effetti secondari del farmaco. E perché accade che il farmaco « medico », nonostante una prescrizione apparentemente scrupolosa, non agisca come previsto? Il medico in quanto « farmaco » è ben lungi dall'essere standardizzato e standardizzabile; i pazienti possono trarre beneficio da ognuna delle varietà di questa medicina, ma in modo per ora, è poco prevedibile.

S.O.S. dal malato

Partendo da questi presupposti e interrogativi il dottor Michael Balint si è prefisso uno scopo ben preciso: quello di dare ai medici l'opportunità di osservare con occhi nuovi l'esperienza di ogni giorno, e di scoprire che taluni problemi, che la medicina ha tentato di ignorare, ciò non pertanto esistono e possono provocare nell'esercizio della pratica professionale una buona dose di disagio.

Il dottor Michael Balint è un medico ungherese che dopo essere stato direttore dell'Istituto di psicoanalisi di Budapest si è trasferito in Gran Bretagna. Un suo libro, che viene tradotto ora anche in italiano (Michael Balint, Medico, paziente e psicanalista, Milano 1961) dopo essere stato pubblicato a Londra, nel 1957, negli Stati Uniti, in Francia, Germania e Spagna, espone i frutti di una lunga esperienza fatta nella Clinica Tavistock di Londra da alcuni medici pratici e da due psichiatri. Questo gruppo di lavoro ha preso in esame un certo numero di casi presentati nei singoli gabinetti di consultazione medica non specialistica. Rive-



MICHAEL BALINT
"Istituiamo seminari tra medici e psicanalisti", raccontando il dottor Balint.

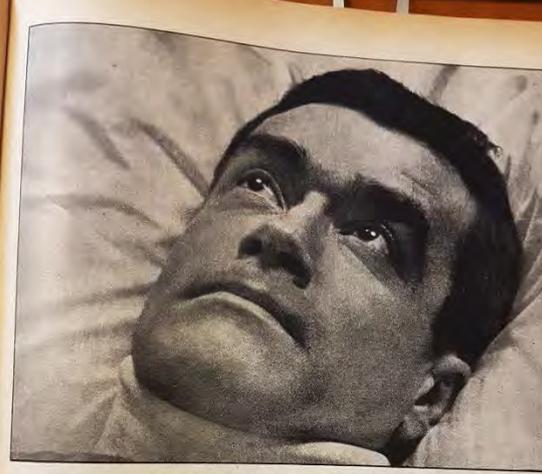
dendo la storia dei malati e l'evoluzione della malattia, gli studiosi londinesi hanno cercato, nei casi adatti, di dare al « sintomo » un significato più profondo e completo di quello di semplice segnale di un disturbo organico. Essi hanno ritenuto piuttosto di interpretare il sintomo come una domanda di aiuto indirizzata al medico; l'invito, o l'assistenza che il paziente non sa esprimere, a chiarire una situazione esistenziale che il paziente non sa esprimere, e che il medico stesso ha il compito di chiarire. « Vi sono delle persone — dice il dottor Balint — che quando per una ragione qualsiasi trovano difficile affrontare i problemi della

loro vita ricorrono alla malattia. Se il medico ha l'opportunità di esaminare nelle prime fasi delle loro difficoltà, prima che si fissino in una malattia ben definita e « organizzata », può osservare come questi pazienti offrono, per così dire, e propongono varie malattie, e continuano a offrirne di nuove, finché il medico e paziente non venga raggiunto un accordo, quello di accettare entrambi una di queste malattie come giustificata ». Per alcuni, questa fase « non organizzata » è di breve durata e si trasforma rapidamente in malattie organizzate; altri sembrano perseverarvi più a lungo, e, sebbene abbiano in parte organizzato la loro malattia, continuano a proporre nuovi mali al medico.

Diagnosi consensuale

Le offerte e le proposte possono variare praticamente all'infinito. Una dei più importanti effetti secondari — e non forse il principale — del farmaco « medico » è la risposta di questi alle offerte del paziente. Di fronte a un sintomo o a una malattia che si ha motivo di sospettare non siano sostenuti esclusivamente da causa organica, che deve fare il medico generico? Fingere di prendere per « organico » ciò che sospetta essere di natura « psichica »? Rassicurare con paterna persuasività il paziente, minimizzando il quadro clinico? Fare iniziare una serie di esami specialistici, con frutto di solito scarso? Proporre l'intervento dello psichiatra?

Ogni medico può ritrovare nella storia della sua pratica professionale un certo numero di casi simili, non per mancanza di acume o di dottrina sua o dei colleghi specialisti, ma perché « non è stato trovato il significato del sintomo istintivamente presentato, sintomo che poi è evoluto o si è modificato, aggravandosi col tempo ». « La malattia — osserva il dottor Balint — è sempre, per il paziente, un'esperienza misteriosa ». Egli sente che qualcosa non funziona più, qualcosa che potrebbe funzionare e sicuramente gli nuocere, ma non si prevede con competenza e rapidità. La natura di questo « qualcosa » è difficile da scoprire: spesso si identifica con il sint-



IL MALATO HA BISOGNO DEL MEDICO, NON DI MEDICINE

Secondo il dottor Balint, vi sono delle persone che, quando per una ragione qualsiasi trovano difficile affrontare i problemi della loro vita, si rifugiano nella malattia. Per curare tali persone non occorrono medicine ma la avveduta pazienza del medico.

me che gli viene dato. Per il paziente la funzione della diagnosi sta appunto nel fornire un nome al misterioso sintomo, un nome con cui definirlo, pensarlo ed eventualmente affrontarlo. La situazione di malattia è tuttora spesso vissuta come un essere posseduto dal male, e al fondo vi è la convinzione, e non nei soli pazienti, che si può esercitare il diavolo solo che se ne conosca il nome. La diagnosi ha un effetto rassicurante tanto sul medico quanto sul paziente. L'atteggiamento attuale della medicina è che la terapia non dovrebbe iniziare se non si giunge prima a una diagnosi; ma in numerosi casi, presentati nel libro del dottor Balint, nessuna diagnosi è possibile senza una certa terapia.

Il valore del medicamento « ascoltare e parlare » è molte volte consista la scomparsa del sintomo permettendo al paziente di raccontare di sé, di indagare l'educazione e rinvocando il medico tuttora non conosciuto esattamente l'efficacia e i limiti di questa terapia né è in grado di giudicare se ha ottenuto guarigione o remissione, non può prevedere se si avrà la scomparsa definitiva del disturbo o invece col tempo il riaffiorare del malessere o la sua trasformazione in un altro tipo di difficoltà nella vita del malato. Il gruppo di medici della Clinica Tavistock ha affrontato i molti e scabrosi problemi inerenti ai tentativi di inquadrare un sintomo somatico in tutta la personalità del paziente. Il lettore medico non può non am-

mettere i suoi perché li ha intravisti, sospettati nella pratica quotidiana; forse ne è stato turbato ed ha tentato di penetrarvi dentro, con l'unico risultato di porsi degli interrogativi, ai quali non sapeva dar risposta. Nessuno fornisce, durante i corsi universitari le basi psicologiche indispensabili per inquadrare in modo completo la « malattia » nell'entità psichica del paziente, per stabilire e intrattenere col « malato » i rapporti più adatti al fine di applicare una adeguata terapia. Ma se da una parte è necessario adeguare la preparazione del medico ai problemi della psicosomatica, d'altra parte è indispensabile riavvicinare nel medico la coscienza che fa i problemi esistono o devono essere risolti.

Mi colpisce la scelta fotografica, da un lato il medico, dall'altro il paziente: il medico è Michael Balint, (1896-1970) – lo psicanalista ungherese allievo di Ferenczi, che a partire dal 1950 ha dedicato il suo lavoro e la sua ricerca a dotare i medici di famiglia di strumenti di tipo psicanalitico. Ma chi è quel malato ripreso in un primo piano strettissimo, con il monogiglio, lo sguardo, un po' strabico, che dal cuscino rivolge verso l'alto, immobilizzato da un collare (che si intravede)? Che tipo di malato rappresenta? La didascalia è di illuminante **"Il malato ha bisogno del medico, non di medicine"** (grassetto mio). Il malato come un infante, totalmente dipendente dalle cure del medico-padre. Forse persino il malato immaginario:

Secondo il dottor Balint, vi sono delle persone che, quando per una ragione qualsiasi trovano difficile affrontare i problemi della loro vita, si rifugiano nella malattia. Per curare tali persone non occorrono medicine, ma la avveduta pazienza del medico

L'esperienza di Balint a Tavistock è descritta nell'articolo come l'importante presa di coscienza della dimensione psicologica dell'esperienza di malattia, anche se talvolta l'articolo viaggia pericolosamente sul filo del rasoio nel tentativo di mantenere ben distinte malattie con causa organica e malattie di natura psichica.

Di fronte a un sintomo o a una malattia che si ha motivo di sospettare non siano sostenuti esclusivamente da causa organica che deve fare il medico generico? Fingere di prendere per "organico" ciò che si sospetta essere di natura "psichica"? Rassicurare con paterna persuasività il paziente, minimizzando il quadro clinico? Fare iniziare una serie di esami specialistici con frutto di solito scarso? Proporre l'intervento dello psichiatra? Ogni medico può ritrovare nella storia della sua pratica professionale un certo numero di casi irrisolti, non per mancanza di acume o di dottrina sua o dei colleghi specialisti, ma

perché "non è stato trovato il significato del sintomo inizialmente presentato, sintomo che poi è evoluto o si è modificato, aggravandosi col tempo".

Mi colpisce un po' l'assenza della psicologia del medico, oltre a quella del paziente e della malattia. L'articolo chiude esprimendo il bisogno di un'istruzione psicologica¹⁰ del medico, senza esplicitare troppo chiaramente – a mio avviso – le peculiarità del metodo di formazione introdotto da Balint:

*Nessuno fornisce durante i **corsi universitari le basi psicologiche** indispensabili per inquadrare in modo completo la "malattia" come entità psicofisica del paziente e per stabilire e intrattenere col "malato" i rapporti più adatti al fine di applicare una adeguata terapia*

Conosco un po' il pensiero di Balint, ho assistito ad alcuni gruppi, ma non ho letto il libro in questione e mi sorge il dubbio che la mia interpretazione sia eccessiva. Provate anche voi a fare un confronto, per esempio, con quanto scritto nell'introduzione allo stesso libro nell'edizione del 2014, da Antonio Minervino¹¹:

*La lettura del libro di Balint mi colpì per **la proposta di esperienze concrete fatte dal gruppo di lavoro** e per la continua puntualizzazione da parte dell'autore dei concetti chiave che improntano un percorso di formazione che ha come scopo quello di rendere i partecipanti del gruppo attenti agli aspetti psicologici dei propri pazienti, di qualunque malattia soffrano, attenti alle modalità di proposta dei sintomi, attenti ai fallimenti dei propri interventi, **attenti alle proprie reazioni emotive e comportamentali**: insomma, **competenti nella relazione con il proprio paziente**.*

Nella stessa introduzione l'autore, per altro, cita proprio *Tempo Medico* come motore di conoscenza e di approfondimento dei Gruppi Balint

All'epoca della prima lettura del libro arrivava a casa dei medici, per effetto dell'iscrizione all'Ordine, una rivista che si chiamava "Tempo Medico". Su quella rivista mi capitò di leggere l'annuncio di un evento in Svizzera che si chiamava "Incontri Internazionali Balint di Ascona", organizzati già da qualche anno da Boris Luban Plozza. Incuriosito e attratto dall'annuncio convinsi due compagni di studi ad andare ad Ascona per conoscere da vicino l'esperienza dei Gruppi Balint e rendermi conto di che cosa in realtà si trattasse. Fu anche questa un'esperienza di grande importanza che segnò il percorso della mia formazione e dalla quale non mi allontanai più.

Nella sua ansia di futuro *Tempo Medico*, saldamente posizionata all'interno del paradigma biomedico, già negli anni 60 riesce a intercettare ciò che porterà a un superamento della biomedicina stessa. È il punto di vista di qualcuno che intravede una luce all'orizzonte, ma non è ancora in grado di definirne e comprenderne completamente il significato.

¹⁰ Psicologia e psicanalisi sembrano essere considerati sinonimi: l'evoluzione del rapporto tra medicina e psicanalisi nelle pagine di TM sarebbe un altro tema da esplorare, ma questa è un'altra storia.

¹¹ <https://www.simpitalia.com/medico-paziente-e-malattia/>

ANNI 70: MEDICINA E SOCIETÀ

L'intenzione dichiarata fin dagli esordi di TM di affrontare argomenti spregiudicati e attuali negli anni 70 significherà allargare lo sguardo dalla biomedicina delle grandi rivoluzioni terapeutiche e diagnostiche alle rivoluzioni socio-culturali iniziate con il '68.

Diamo un'occhiata al contesto storico, ancora una volta con il supporto dello storico Giorgio Cosmacini, che individua una tappa di arresto dell'ingenuo ottimismo della biomedicina, in particolare in ambito farmacologico, nella tragedia della Talidomide:

*Si chiude anche un tipo di rapporto tra medico e paziente, caratterizzato dall'incondizionata fiducia di entrambi in un farmaco necessariamente dispensatore di salute e benessere. La presa di coscienza della problematicità ad esso intrinseca – evocata dalla stessa ambivalenza originale del nome phàrmakon, significante insieme rimedio e veleno – apre un'era nuova, che però è tale non solo dal punto di vista farmacologico, ma anche e soprattutto sotto l'aspetto umano-sociale. La consapevolezza che un farmaco può giovare, ma anche nuocere, viene ad assumere molto maggior risalto che in passato; e in quest'ottica mutata incomincia a prendere piede anche un modo di pensare che vede il farmaco, «più che come restauratore di un equilibrio o riparatore di un guasto, come il termine di un processo produttivo, lo strumento di una persuasione (del medico) e di una manipolazione (del paziente)» La mutata visione, addirittura estremizzata in chi vede il farmaco esclusivamente **come veicolo del profitto industriale e della speculazione mercantile**, viene a fare da sfondo, o da corollario, alle istanze che tra gli anni Sessanta e Settanta – diciamo prima e dopo il Sessantotto – sono messe in campo dai «movimenti per la salute». Sono istanze per la difesa e l'emancipazione della condizione femminile, per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, per la tutela dell'ambiente, per la prevenzione delle malattie, per la promozione della salute, per una medicina da rinnovare.¹²»*

La perdita di fiducia nella farmacologia che mette in discussione il ruolo e la responsabilità del medico, si associa all'esplosione della critica sociale e della società dei consumi. Alla talidomide seguiranno altri "scandali" – epidemia di colera, vaccino antipolio, fino alla diossina sono tutti episodi della storia italiana che hanno importanti risvolti sociali. È la dimensione sociale, più che quella psicologica, della relazione medico-paziente che balza sotto i riflettori, anche sotto quelli di Tempo Medico.

Ho trovato due articoli rappresentativi dello spirito di quest'epoca ed entrambi riguardano Giulio Alfredo Maccacaro (1924-1977), direttore dell'Istituto di Statistica medica e biometria all'università di Milano, fondatore delle riviste Sapere ed Epidemiologia e Prevenzione e del movimento per il diritto alla salute Medicina Democratica.

¹² Cosmacini, p.216

EDITORIA

Una collana sui temi medici che scottano

Perché una collana intitolata Medicina e Potere. Perché una collana di questo genere è un modo di dire che, in questo momento, non si può fare. Perché una collana di questo genere è un modo di dire che, in questo momento, non si può fare. Perché una collana di questo genere è un modo di dire che, in questo momento, non si può fare.



AUTO

Le virtù bruttine venute dall'Est

Di anni in anni gli italiani scoprono le Skoda, letture di lungo ma particolarmente robuste. Della prodotta marcia cecoslovacca erano state vendute in Italia 1.000 vetture nel 1970. La cifra è salita a 1.567 l'anno successivo e, stando ai risultati dei primi mesi del 1971, alla fine dell'anno si dovrebbero superare di parecchio le 2.000 unità. Oltre a essere le vetture di produzione cecoslovacca hanno sempre goduto di larga fama in Italia. In tal proposito, con quella sua linea allungata che si era e metà strada tra il siluro e la vettura comune, è stata considerata negli anni precedenti (dopo la guerra, e anche durante, quando la si vedeva spesso, verniciata a finte mimiche e con la targa della Wehrmacht) tra le vetture più singolari e avventuristiche.

Il primo è la presentazione della collana Medicina e Potere (*Tempo Medico Numero 106, 1972, pag 66*), definita nel titolo "Una collana su temi medici che scottano", secondo Maccacaro la medicina è un modo del potere, come anche la scienza, e pertanto comprensibile solo nell'ottica della dialettica dei poteri.

Mi scocerta un po' vedere questa recensione editoriale a fianco della recensione delle Skoda "Le virtù delle bruttine venute dall'Est". Sospetto uno scherzo del fotocompositore, ma più probabilmente si tratta solo di due rubriche che sono sempre andate fianco a fianco, libri e automobili come oggetti di interesse per il medico, status symbol, ma status symbol in fase cambiamento, con *questi* libri e *queste* macchine.



L'articolo che ha sicuramente "fatto la storia" è stato pubblicato l'anno precedente, nel 1971, sul numero dedicato alla formazione del medico.

Da qualche tempo le copertine non sono più dedicate agli eroi, ma ai grandi temi, e già qui avvertiamo un cambiamento. Questa copertina di Crepax in particolare divide la scena in due parti ben distinte, La moderna "lezione di anatomia" in camice bianco sopra, con colori caldi, e sotto con colori freddi la popolazione più debole, donne bambini e anziani.

I cambiamenti che nel decennio precedente erano ancora poco visibili, offuscati dalla luce dei risultati positivi della rivoluzione terapeutica, sono usciti dall'ombra. Scrive TM:

Le malattie degenerative legate alla progressiva urbanizzazione e industrializzazione del Paese sono le più importanti sia riguardo alla morbilità sia alla mortalità. Ciò impone a tutti gli operatori della salute e, in primo luogo, al medico, uno studio approfondito delle interrelazioni tra uomo e ambiente, e impone loro altresì di allargare le prospettive dell'intervento dal singolo malato a tutta la società.

...l'atto sanitario nel suo complesso non può attualmente limitarsi alla diagnosi e alla terapia più o meno precoci, emarginando tutto quanto concerne, da un lato l'impegno ad abolire le cause prossime di malattia, e dall'altro lo sforzo per inserire nella società attiva chi sopporta le conseguenze di una malattia invalidante.

da un lato il medico soffre per il ruolo burocratico assegnatogli dal sistema mutualistico; dall'altro il cittadino, malato o no, non sente tutelata la propria salute, avverte la mancanza di un diritto oggettivamente inalienabile.

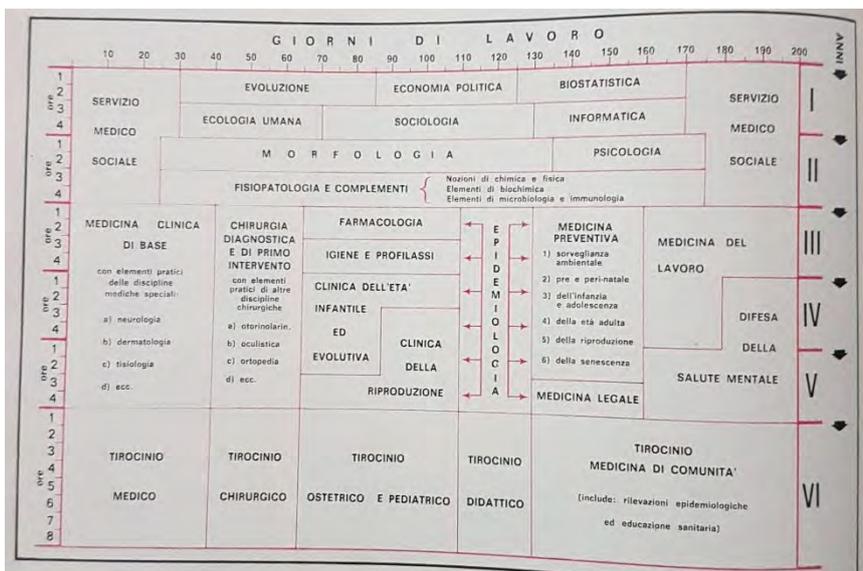
La riforma sanitaria è nell'aria (anche se si realizzerà solo nel 1978) e allo stesso tempo si vocifera anche di una riforma universitaria (tutte le riforme in Italia erano già allora descritte come "travagliate") ma in che direzione deve cambiare la formazione del medico, per rispondere ai bisogni del mondo contemporaneo? Tempo Medico lo chiede ad alcuni esperti: Giulio A. Maccacaro, Paride Stefanini, Severino Delogu, Oreste Mantero, Pietro Paci e Gaetano Crepaldi.

Maccacaro, in particolare, denuncia l'incapacità dell'università di preparare un medico adeguato al nuovo contesto sanitario:

Sembra in sostanza che l'insegnamento medico, pre- e post-laurea, sia davvero capace di produrre di tutto: dal propagandista farmaceutico al cardiologo... Ma un medico di base capace di inserirsi utilmente in una comunità urbana o rurale, di averne cura, di intenderne i problemi di malattia e difenderne il diritto alla salute, non c'è corso di laurea o scuola di specialità che lo produca. Non sarebbe un medico, ma qualcosa di più; e questo qualcosa di più non glielo si può concedere di essere."

Così propone la sua facoltà di medicina "capovolta"

Come continuiamo a osservare ai giorni nostri, nonostante il dimostrato impatto che i determinanti sociali hanno sulla salute della popolazione, l'insegnamento medico rimane in gran parte concentrato sulla biologia del corpo e legato a un approccio deduttivo basato su postulati di normalità anatomica e fisiologia di un uomo astratto e immutabile che nella realtà non esiste. Una visione di questo genere lascia ai margini del percorso formativo proprio quelle discipline che più sarebbero in grado di analizzare il contesto sociale, come epidemiologia, sociologia, economia della salute (e non soltanto dei sistemi sanitari), ecologia umana, antropologia, medicina del lavoro



Quella che proponeva Maccacaro è una medicina estremamente attuale – basta dare un'occhiata al "piano di studi" proposto - in cui la promozione della salute diventa chiave e la comunità deve essere coinvolta attivamente: oggi sappiamo quanto siano diventati influenti concetti come "empowerment" e "engagement" del paziente, anche se (forse) con una connotazione più

individualista (in un paradigma ultra-liberista che tende ad attribuire tutta la responsabilità all'individuo). La forte spinta verso la democratizzazione della medicina e una critica spiccata verso il riduzionismo biomedico sono stati sicuramente ingredienti che hanno contribuito all'evoluzione della relazione M-P.

La comunicazione medico-paziente, così come la intendiamo oggi, non è nel piano di studi – anche se c'è la psicologia - ma una così stretta collaborazione e convivenza tra medico e società come quella sospirata poteva essere compatibile con il paternalismo?
Scriva il bioeticista Sandro Spinsanti¹³

Quale nemico della partecipazione era individuata in primo luogo l'autorità medica sotto forma del diritto a un sapere separato che autorizza l'esercizio di un insindacabile potere su un uomo oggettivato. Nel linguaggio fortemente politicizzato dell'epoca, prendeva forma l'opposizione al 'paternalismo medico che Maccacaro denunciava come un modo di mettersi in rapporto con la realtà che prescindere dal suo ascolto; un'attitudine a dare risposte preformate che non tengono conto della formazione delle domande; un'interpretazione del mandato amministrativo che determina una richiesta cui si consente soltanto di conformarsi all'offerta.

Come è andata a finire?

Il giudizio storico lo lascio anche questa volta a Giorgio Cosmacini:

La fiducia nutrita negli anni Sessanta e Settanta che la democratizzazione del rapporto, consensuale alla socializzazione della medicina, fosse per sé sola in grado di correggere la sua gestione paternalistico-autoritaria, è andata delusa. Nella perdurante assenza di un ricambio della cultura formativa del medico e di un acquisto da parte del paziente di una propria autonomia gestionale attraverso l'educazione e l'autoeducazione, l'intento di rifondare il rapporto su di un piano astrattamente paritetico è praticamente fallito. Il rapporto medico-paziente è rimasto in troppi casi quello che intercorre «tra il decisore e il succube, tra chi parla un linguaggio ignoto e chi vorrebbe e non può capire».

Se la riforma della formazione del medico non è andata nella direzione indicata da Maccacaro e dai movimenti di democratizzazione della medicina, la nascita di iniziative come il Tribunale per i diritti del malato sono un riscontro empirico della fine della 'dominanza medica' e l'inizio di un periodo di conflittualità. Sempre Spinsanti:

Lo scopo del Tribunale, le cui varie sezioni vennero costituite a partire dal 1980, non era quello di affermare diritti umani in senso astratto e generale, come quelli alla libertà e alla dignità, quanto piuttosto di effettuare concrete rivendicazioni relative alle condizioni di vita in ospedale. L'idea stessa di tribunale evocava un'esplicita conflittualità con chi, nell'uso del potere, era individuato come controparte.

ANNI 80-90: CRISI DI COPPIA

A partire dalla fine degli anni 80 diventa evidente la manifestazione di una crisi, che prende sempre più la forma di una crisi di coppia, della coppia medico-paziente. Se un processo di cambiamento può essere lento e graduale, passare inosservato ed emergere quasi involontariamente tra le righe, con premonizioni e dimenticanze, una crisi invece non può

¹³ https://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_%28XXI-Secolo%29/

passare inosservata allo sguardo giornalistico, soprattutto quando la coppia finisce dall'avvocato. In questo decennio è stato più immediato identificare alcuni articoli significativi ed individuare le peculiarità con cui TM ha inquadrato la crisi.

30 Maggio 1989: "La malapratica straripa anche in Italia?"



Un articolo che sceglie di usare altri titoli i giornali come illustrazione dell'argomento è un articolo che ci racconta di un fenomeno che è innanzitutto mediatico, "urlato" dalla stampa per fare notizia. Tempo Medico si pone subito in maniera critica nei confronti degli altri media, titolando con un bel punto interrogativo.

Si apre l'indagine, ma non un'indagine sugli scandali presunti o reali, un'indagine che riguarda la "professione".

Anche in questo caso il tema al centro non è direttamente la relazione medico-paziente, anzi, nell'articolo si approfondisce un altro tipo di **relazione**, quella tra **medico e medico legale**. Il tema infatti è quello della responsabilità del medico, un tema che è esploso a causa dell'aumento delle denunce e dei processi, in Italia come già negli Stati Uniti.

Il paziente appare come il primo indiziato. Indiziato di cosa? Forse del moltiplicarsi dei processi, ma prima di tutto di un cambiamento di ruolo:

"Certamente - aggiunge il professor Mantovani¹⁴ - l'impressione è che i processi per responsabilità del medico si moltiplichino. Un tempo l'incidente medico passava inosservato, apparteneva alla fatalità e al fortuito, e l'ignoranza portava all'accettazione passiva. Ora il paziente o i famigliari del paziente vogliono sapere, vogliono vedere, vanno a chiedere a un altro medico, si informano dall'avvocato, cercano chiarimenti".

Ed è cambiata anche la percezione della salute e dei diritti del paziente:

¹⁴ Inserire chi è

*È aumentata l'aspettativa del cittadino nei confronti della sanità - spiega il professor Fornari¹⁵ - e c'è anche **una forte presa di coscienza del singolo sul valore della salute intesa come bene individuale** che in uno Stato moderno deve essere tutelata il più fortemente possibile."*

Quella di cui si appropria il paziente, non è più la salute come bene comune di cui parlava Maccacaro (e di cui si torna a parlare oggi, in tempo di pandemia), ma la salute come bene individuale.

Ma i giornalisti di TM individuano un altro indiziato alla base dell'aumento dei processi: i giudici. Si è diffusa e si sta consolidando un'interpretazione più stringente del diritto civile e penale nei processi per malpractice. Un box di approfondimento valorizza questa ipotesi, spiegando i dettagli legali, ma quale sia la causa di questo nuovo modo di interpretare la legge rimane una domanda aperta.

Torniamo alla questione **professione**: è il tema etico e deontologico che viene richiamato da uno degli esperti intervistati, il professor Antonio Fornari, medico legale di Pavia, insieme al calo delle conoscenze tecniche.

*"Un altro motivo che spiega l'esplosione del 'problema malpractice' il declassamento della categoria medica. I motivi sono molti: aumento degli studenti, insufficienza delle strutture e mille altri ancora. Ma quello che è deplorabile non è il **calo delle conoscenze tecniche**: è l'**impoverimento etico**, la perdita di quei principi morali che devono uniformare il comportamento del medico, dedizione al lavoro e al malato, in primo luogo.*

E c'è anche la relazione medico-paziente. In quale forma? Nella forma debole, quella della "maleducazione" e assenza di tatto. Siamo ancora lontani da uno sguardo attento e critico sul significato e sull'impatto della relazione anche sull'efficacia dell'atto medico.

*Non sempre a una perizia tecnica e a una buona preparazione scientifica corrispondono anche tatto e capacità di trattare umanamente il malato. **La maleducazione o la freddezza non sono certo un reato ma ecco cosa succede: se il malato che è trattato con distacco o in maniera che lui percepisce offensiva o che si sente etichettato come rompiscatole (quante volte succede!) ha la sensazione che il medico commetta uno sbaglio, allora diventa implacabile, inforca la carta bollata e denuncia il cattivo trattamento sanitario"***

Il cuore dell'articolo è quello medico-legale, come rileva un lettore di TM, in una lettera al direttore, pubblicata nel numero successivo:

Oggi, contemporaneamente all'ascolto di questa notizia riferita dal TG2, ricevo tempo Medico e leggo l'articolo "La malapratica straripa anche in Italia?": l'articolo, per la verità esauriente dal punto di vista legale e medicolegale, mi è sembrato insufficiente di consigli etici, che in fondo dovrebbero essere il sostegno essenziale della nostra professione

¹⁵ Idem medico legale di Pavia

È da notare il fatto che la relazione medico-paziente faccia finalmente il suo ingresso esplicito nel nostro articolo come parte integrante dell'**etica medica**. La perdita di principi morali (e non per esempio di capacità comunicative) come "la dedizione al lavoro e al malato" o "trattare umanamente il malato" hanno lasciato spazio a maleducazione/freddezza/distacco.

Maggio 1992 "Il medico deve essere amico e maestro"

È il 20 maggio 1992 quando su *Tempo Medico* compare questo articolo su due colonne. L'articolo riprende una pubblicazione di JAMA (Emanuel & Emanuel 1992) che oggi è praticamente un classico per chiunque si occupa di relazione M-P. Emanuel propone in questa pubblicazione la distinzione tra 4 modelli di relazione medico-paziente: paternalistico, informativo, interpretativo e deliberativo.

Comparing the Four Models

	Informative	Interpretive	Deliberative	Paternalistic
Patient values	Defined, fixed, and known to the patient	Inchoate and conflicting, requiring elucidation	Open to development and revision through moral discussion	Objective and shared by physician and patient
Physician's obligation	Providing relevant factual information and implementing patient's selected intervention	Elucidating and interpreting relevant patient values as well as informing the patient and implementing the patient's selected intervention	Articulating and persuading the patient of the most admirable values as well as informing the patient and implementing the patient's selected intervention	Promoting the patient's well-being independent of the patient's current preferences
Conception of patient's autonomy	Choice of, and control over, medical care	Self-understanding relevant to medical care	Moral self-development relevant to medical care	Assenting to objective values
Conception of physician's role	Competent technical expert	Counselor or adviser	Friend or teacher	Guardian

Nel confrontare l'articolo originale con la ripresa di TM, mi hanno colpito due elementi.

In primo luogo l'inversione tra la domanda "essenzialista" (Qual è la relazione ideale tra medico e paziente?) e il contesto storico in cui tale domanda emerge.

Il medico deve essere amico e maestro

Scartato il modello paternalistico, anche un rapporto col paziente puramente informativo appare insoddisfacente. Ma per fare meglio occorre tempo e pazienza

Qual è la relazione ideale tra medico e paziente? È giusto che il medico decida il tutto e completamente? O è invece preferibile che metta a disposizione del paziente le sue opinioni e le informazioni di cui dispone, come farebbe un consulente? O che resti inteso nei vestiti di amico e consigliere? Pare essere quest'ultima la soluzione emersa

brezzo di sollecitazione, per motivi di affetto, per risolvere questioni legali, economiche, o forse l'intervento del trattamento). E che non si vada incontro a ripetersi, il medico si lava le mani da ogni decisione, svelando le conoscenze di cui dispone, lascia al paziente la responsabilità di scegliere il proprio destino, quindi mette in atto ciò che quest'ultimo ha stabilito. In tal caso, infine, questi tipi di comportamento assumono le sembianze di un rapporto economico: il medico è un superprestario, che possiede conoscenze specializzate e precise e offre le sue mere informazioni scientifiche e abilità terapeutica a un paziente consumatore che prende solo ciò che preferisce. Un simile quadro potrebbe far credere che l'autonomia del paziente massimale. Ma così non è. Nel concetto di autonomia è inglobata anche la libertà di recedere e in questo campo il medico è la possibilità di ragionare con il medico su eventuali cambiamenti di indirizzo e strategia terapeutica. Le discussioni sono tuttavia assenti nel modello informativo, perché la figura medica è quella di un medico che non ha mai e bandito ogni coinvolgimento personale. Anche nel modello interpretativo il paziente a disporre della propria sorte, ma il cammino per il quale si giunge alle decisioni è più complesso e articolato. Il medico stimola l'assoluta a definire con chiarezza quali siano i valori cui vuole ispirare la propria cura, facendo luce tra le tendenze conflittuali che possono scontrarsi nel suo animo. Anche qui c'è però in agguato una degenerazione del rapporto: il medico, che non è chiamato a discutere i principi del paziente in se stesso ma soltanto a rivelarli, se non li ritiene corretti, cerca di cambiarli, solitamente richiamando il paziente a una maggior attenzione per la salute. E così facendo finisce per scivolare verso una tutela di stampo paternalista.



dal lungo e acceso dibattito, che ha avuto luogo in questi anni negli Stati Uniti, e che ha visto affrontarsi teorie e opinioni opposte. Le quali rivendicavano, da un lato, l'autonomia e gli interessi dei malati (si chiedeva, per esempio, che il paziente potesse scegliere la propria cura ed esercitare un controllo su di essa), dall'altro mettevano in primo piano il dovere, da parte del medico, di badare anzitutto e in ogni caso alla salute e al benessere dell'assistito. Ezekiel Emanuel della Division of Cancer Epidemiology and Control, del Dana-Farber Cancer Institute di Boston, Massachusetts, e la di lui moglie Linda, della Division of Medical Ethics alla Harvard Medical School di Boston, hanno analizzato i tratti salienti della relazione medico-paziente, delineando quattro tipi fondamentali di rapporto, che recano i nomi, rispettivamente, di paternalistico, interpretativo, informativo e deliberativo. Sono quattro modelli astratti, che nell'insieme ritraggono un po' rigidamente le due figure in scena: in ciascuno si può tuttavia ritrovare, ben chiaro, un singolo aspetto della relazione. Di ogni tipo di condotta i due studiosi hanno individuato i tratti positivi e i risvolti negativi, sempre facendo riferimento ai valori in gioco, i doveri e il ruolo del medico, da un canto, le richieste, i bisogni e l'autonomia del paziente, dall'altro.

Nel primo modello (paternalistico), è il medico a determinare quali siano le necessità e gli interessi dell'assistito. Quindi egli prospetta le probabili strade da imboccare, le indaga da compiere e ne informa il paziente (nei casi estremi non lo mette nemmeno a parte di ciò) ma è lui a dirigere il corso delle cose, in nome della tutela della salute del malato.

È un atteggiamento che non soddisfa nessuna delle due figure protagoniste e che può aver ragione di esistere solamente nei casi di emergenza, nei quali si deve agire senza perdere tempo a indagare se l'assistito sia consentente o meno.

Il secondo modello (informativo) è quello che ha goduto di un certo successo nel mondo della sanità statunitense: in esso si dà per scontato che il paziente sin dall'inizio sappia esattamente ciò che desidera (per esempio, la salvaguardia della salute piuttosto che della speso estetico, o viceversa; se è malato terminale, qualche mese di vita in più, anche a

quali siano i valori cui vuole ispirare la propria cura, facendo luce tra le tendenze conflittuali che possono scontrarsi nel suo animo. Anche qui c'è però in agguato una degenerazione del rapporto: il medico, che non è chiamato a discutere i principi del paziente in se stesso ma soltanto a rivelarli, se non li ritiene corretti, cerca di cambiarli, solitamente richiamando il paziente a una maggior attenzione per la salute. E così facendo finisce per scivolare verso una tutela di stampo paternalista.

Si giunge infine a quello (il modello deliberativo) che sembra essere, per ciascuna delle parti in causa, il tipo di rapporto più soddisfacente, che meglio si attaglia alla relazione in esame: oltre a fornire informazioni e chiarire dubbi, il medico ascolta i motivi e le richieste del paziente e li discute con lui, mostrandogli i pro e i contro di ogni passo che vorrà compiere, i vantaggi personali e quelli per l'intera comunità (se ve ne sono; per esempio, la partecipazione a trial o a esperimenti e studi); non cerca di imporre, paternalisticamente o autorevolmente, i propri principi ma di far capire all'interlocutore il valore di questi. Diviene, insomma, una figura che molto si avvicina a quella di amico o di maestro. Conseguenza di questo fatto è che, mentre negli altri casi il principale motivo che spinge un paziente a cercare un nuovo medico è l'ignoranza o incompetenza del proprio terapeuta, in una relazione paritetica di tal fatta ci accade soltanto per differenza di punti di vista.

«Anche se nella realtà non c'è alcuno di questi modelli che si presenti isolato o compiuto», fa notare Ezekiel Emanuel «e i quattro schemi di comportamento sono spesso intrecciati l'uno all'altro, o convivono l'uno a fianco all'altro, si può ugualmente eleggere uno a principio ideale. È date le sue caratteristiche, mi pare che quello deliberativo meglio si accordi con i compiti e gli obiettivi della professione medica e le necessità dei pazienti. Certo è che richiede più impegno da parte del medico e pretende più tempo, visto che si fonda su un confronto interpersonale e su una fedeltà relazione professionale. Per questo motivo è necessario che il sistema sanitario incoraggi e non penalizzi finanziariamente, come accade in molti paesi, i medici che vogliono dedicare più tempo a discutere e a comprendere le ragioni dei pazienti». **Andrea Baldissera**

L'articolo di JAMA, infatti, si apre con il contesto a cui segue la domanda:
DURING the last two decades or so, there has been a struggle over the patient's role in medical decision making that is often characterized as a conflict between autonomy and health, between the values of the patient and the values of the physician.[...] This struggle forces us to ask, What should be the ideal physician-patient relationship?

Quello di TM parte con la domanda, facendo riferimento nelle righe successive a un "lungo e acceso dibattito che ha avuto luogo in questi anni negli Stati Uniti".

La sensazione è che la proposta di questo tema sulle pagine della rivista italiana, compaia un po' all'improvviso, senza che negli anni precedenti ci sia stato un riferimento significativo al dibattito già in corso, sia gestita con uno stratagemma comunicativo volto a porre il problema in modo astratto e a circoscrivere il dibattito a un contesto alieno.

La notizia, che in maniera rigorosa e fedele riprende la pubblicazione originale, non contiene riferimenti alla situazione in Italia, non si schiera e, in maniera molto razionale, riporta la situazione del dibattito negli USA.

Il secondo aspetto che mi ha colpito è la vignetta che accompagna la pubblicazione: il fumetto non è di facile lettura. È ricco di dettagli che in qualche modo distraggono dai protagonisti: un paziente inginocchiato e abbracciato a un medico perplesso. Non risulta ironico o parodistico, ma in qualche modo sembra voler alleggerire il testo cui fa da accompagnamento.

La direzione che mi sembrano indicare questi due indizi è quella di un tema davvero "scottante", che mette in crisi sia chi scrive (perché è stato forse trascurato) sia chi legge (che potrebbe non essere interessato o troppo coinvolto e allora meglio alleggerire con una vignetta).

In questo caso l'aspetto notevole è che il tema relazione m-p rientri in una rubrica di aggiornamento scientifico. Non si parla di fatti di cronaca e nemmeno di etica professionale: la **relazione M-P diventa oggetto di studio scientifico**: è giunto il momento di iniziare a prenderla in considerazione sul serio?

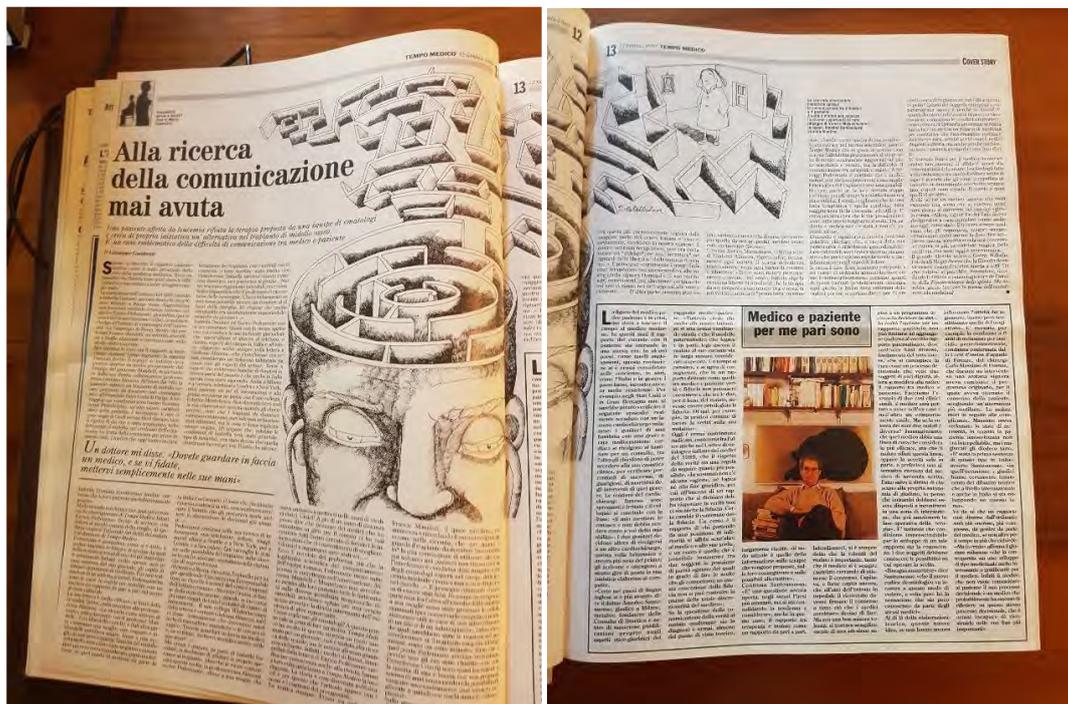
1992 - Alla ricerca della comunicazione mai avuta

Siamo ancora nel 1992, quando la relazione medico-paziente guadagna una *cover-story*. "Alla ricerca della Comunicazione mai avuta" è un articolo molto interessante, da un punto di vista storico e culturale - a partire dalla sua origine.

Come racconta l'articolo stesso, un giornalista Enrico Pedemonte e la moglie affetta da leucemia mieloide cronica inviano all'equipe medica dell'Istituto di Ematologia della Sapienza, al **Tribunale dei Diritti del Malato** e a TM una lettera in cui raccontano le loro peripezie alla ricerca di informazioni e di terapie alternative rispetto a quelle consigliate dall'equipe romana. *Tempo Medico* riceve e pubblica anche le risposte dei medici e riprende con questo articolo tutto il dibattito così emerso.

Tempo Medico ha svolto in questa vicenda un ruolo anomalo per un giornale: non è andato alla ricerca delle notizie, ma le notizie gli sono giunte non richieste.

Tempo Medico raccoglie qui **un'esigenza emersa dal basso**, dai pazienti, di mettere in discussione la comunicazione M-P, di affrontare il problema della relazione.



Leggiamo l'incipit dell'articolo:

*Spesso si descrive il rapporto paziente-medico come il nodo della **crisi della moderna medicina**. Ecco un episodio che illustra bene quali siano le difficoltà che si incontrano a voler sciogliere questo **nodo**.*

Ecco la constatazione della crisi della medicina moderna. L'episodio narrato, con i botte e risposta delle persone coinvolte ne è un esempio lampante, secondo i giornalisti di TM, il "nodo" è individuabile:

*...pare a *Tempo Medico* che in gioco non sia l'affidabilità professionale di un gruppo di medici sicuramente aggiornati sul piano scientifico e tecnico, ma la difficoltà di comunicazione tra terapeuti e malato. [...] Tra paziente e medico non c'è stata, e non c'è, comunicazione.*

Il **nodo** è il **labirinto** della comunicazione, opportunamente illustrato da Valeria Mutschiechner, con tanto di didascalia:

Un labirinto inestricabile impedisce spesso la comunicazione tra medico e paziente. A volte il malato non conosce le diverse opportunità di cura.

Il tema della **crisi** viene ribadito anche nell'incipit del box di opinione:

*La figura del medico padre-padrone è in crisi, ma dura a lasciare il campo al **medico moderno**. In questi anni il rapporto del curante con il paziente sta entrando in una nuova era: in alcuni paesi come quelli anglosassoni questa rivoluzione si è consolidata nelle coscienze, in altri, come l'Italia e in generale i paesi latini, incontra ancora molte resistenze.*

Il dibattito quindi non riguarda soltanto i Paesi Anglosassoni – come sembrava trasparire dall'articolo precedente - ma investe direttamente anche l'Italia, la cui posizione è descritta come arretrata.

Non è la medicina moderna, però, ad essere in crisi, è il medico vecchio stile che non vuole lasciare il passo al “medico moderno”, generando una crisi, un conflitto.

Ma se il modello paternalista è in crisi qual è il nuovo modello di riferimento? Quale comunicazione può evitare conflitti come quelli tra gli ematologi di Roma e la coppia Pedemonte. Il problema sembra essere inquadrato prevalentemente in termini di informazione:

*... in realtà basta fare un giro in un reparto di medicina per constatare che **l'informazione medica** è una merce rara, perché sono pochi i medici disposti a offrirla, ma anche perché pochissimi sono i pazienti a esigerla come loro diritto.*

Il **bioeticista Santosuosso**¹⁶ sembra confermare l'approccio informativo, ma aggiunge un tassello:

“Il nodo attuale è quello della informazione sulle terapie proposte, sulle loro conseguenze, sulle alternative”.

Il riferimento alle alternative aggiunge l'ingrediente del “*decision making*”. Il bioeticista si riferisce in maniera esplicita a un tipo di relazione “tra pari” – ma la relazione m-p può davvero essere considerata tra pari? - basata sull'autonomia decisionale, sul rispetto della volontà del paziente e soprattutto sul **consenso informato**.

L'enfasi sul concetto di informazione e il riferimento all'autonomia del paziente è sicuramente legata al dibattito sul Consenso Informato che in quegli anni emergeva con forza anche in Italia.

La dottrina del Consenso Informato nasce negli Stati Uniti negli anni 70 in ambito legale come reazione ai noti contenziosi per malpractice di cui anche TM porta testimonianza, La riflessione etica arrivò solo in seguito alla richiesta di cambiamento dei comportamenti, ma la

¹⁶ Forse vale la pena citare di chi si tratta e rilevanza storica - della commissione omonima che si occuperà della legge sulla fecondazione assistita

portata etica e il significato rispetto alla relazione medico-paziente del CI è stata fondamentale.

In Italia nel 1992 il Comitato nazionale per la bioetica pubblica un importante documento "Informazione e consenso all'atto medico"

"Il consenso informato, che si traduce in una più ampia partecipazione del paziente alle decisioni che lo riguardano, è sempre più richiesto nelle nostre società; si ritiene tramontata la stagione del 'paternalismo medico in cui il sanitario si sentiva, in virtù del mandato da esplicitare nell'esercizio della professione, legittimato nell'ignorare le scelte e le inclinazioni del paziente, e a trasgredirle quando fossero in contrasto con l'indicazione clinica in senso stretto"

Il Codice Deontologico dell'Ordine dei Medici recepisce questo cambiamento apportando significative modifiche prima nel 1989, poi nel 1996 (vd BOX). Ma l'evoluzione degli articoli sull'informazione e sul consenso informato prosegue in tutte le versioni successive.

Codici deontologici dei medici italiani [un'analisi dettagliata delle differenze sarebbe interessante, ma mi pare un po' eccessiva, si può fare qualche commento durante la relazione]

1978 Art. 30 "Una prognosi grave o infausta può essere tenuta nascosta al malato, ma non alla famiglia. In ogni caso la volontà del paziente, liberamente espressa, deve rappresentare per il medico un elemento al quale egli ispirerà il suo comportamento".

1989 "Il medico potrà valutare l'opportunità di tenere nascosta al malato e di attenuare una prognosi grave o infausta, la quale dovrà essere comunque comunicata ai congiunti".

1995 Art. 29 "Il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sue capacità di discernimento, la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, la prognosi, le prospettive terapeutiche e le loro conseguenze, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche, al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere comunque soddisfatta.

Le informazioni relative al programma diagnostico e terapeutico possono essere circoscritte a quegli elementi che cultura e condizione psicologica del paziente sono in grado di recepire e accettare, evitando superflue precisazioni di dati inerenti gli aspetti scientifici.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazioni e sofferenze particolari al paziente, devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti senza escludere mai elementi di speranza.

La volontà del paziente, liberamente e attualmente espressa, deve informare il comportamento del medico, entro i limiti della potestà, della dignità e della libertà professionale.

Spetta ai responsabili delle strutture di ricovero stabilire le modalità organizzative per assicurare la corretta informazione ai pazienti in condizione di degenza, in accordo e collaborazione con il medico curante".

Art. 31 "Il medico non può intraprendere alcuna attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato.

Il consenso informato deve essere documentato in forma scritta in tutti i casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche o per le possibili conseguenze sull'integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà del paziente.

Il procedimento diagnostico e il trattamento terapeutico che possono comportare grave rischio per l'incolumità del paziente, devono essere intrapresi, comunque, solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito un'opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente, ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo articolo 33".

2006 Art. 33 - Informazione al cittadino - Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata

Art. 35 - Acquisizione del consenso - Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso. In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona. Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

2014 INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE. CONSENSO E DISSENSO

Art. 33 Informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

Art. 35 Consenso e dissenso informato

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano. rispettare il concetto dell'attualità cioè essere persistente al momento dell'atto medico.

L'articolo di TM si colloca all'inizio di questo percorso – non ancora compiuto oggi – con alcune caratteristiche che da qui, la Lombardia della pandemia di Covid-19 del 2020, mi colpiscono.

Per esempio, prendiamo come viene affrontato il tema della soddisfazione del medico, a cui l'abbandono del modello paternalistico richiede uno sforzo in più. Santosuosso argomenta così:

Ma io credo, afferma il giurista milanese, che la contropartita sia uno sviluppo di tipo intellettuale molto interessante e gratificante per il medico. Infatti il medico che non vuole comunicare al paziente il suo processo decisionale è un medico che probabilmente ha smesso di riflettere su questo processo decisionale, che è ormai incapace di ricostruirlo nelle sue fasi più importanti.

La gratificazione sembra riposta nella soddisfazione tutta intellettuale di saper spiegare i propri lucidi e razionali processi mentali.

Rileggo la didascalia dell'illustrazione

un labirinto inestricabile impedisce spesso la comunicazione tra il medico e il paziente. A volte il malato non conosce le diverse opportunità di cura

E quando anche il medico non conosce le diverse opportunità? Non fa che tornarmi in mente la totale incertezza in cui la medicina si è barcamenata (e continua a barcamenarsi) durante la pandemia. E quando lo sforzo comunicativo non è venuto meno – nonostante le peggiori condizioni possibili - non credo che fosse motivato dalla possibilità di poter ripercorrere i propri processi decisionali.

Oggi per motivare questo sforzo di comunicazione avremmo forse parlato di empatia, di maggiore efficacia nella pratica, nella adesione e nella soddisfazione del paziente, ma soprattutto di soddisfazione su un piano professionale ed esistenziale, di dovere etico e deontologico.

Nel 1992 il focus era sulla bellezza dei processi decisionali come algoritmi razionali, che se portati fuori dall'esoterismo della medicina, possono esprimersi in tutto il loro fulgore. Il

modello di relazione che emerge da questo articolo, riprendendo la classificazione di Emanuel, mi sembra a cavallo tra l'approccio **informativo** e quello **deliberativo** ma soprattutto il divario che sento è soprattutto quello legato alla mancanza di una riflessione sulla componente psicologica - non solo del paziente ma anche del medico - come fattore discriminante nei processi decisionali, nella comunicazione e nella relazione. Di contro mi sembra di constatare un'eccessiva fiducia nel disvelamento della verità che come risoluzione a tutti i problemi di comunicazione. Questo appello alla verità oggi, nel mezzo del dibattito sulla post-verità, sulla polarizzazione e sui bias di conferma, suona quasi un retaggio di un modello di razionalità ormai definitivamente perduto.

Eppure anche in questo caso alcuni segni della necessità di un sguardo più complesso al tema si trovano nell'articolo

La comunicazione senza comprendere la relazione non funziona: il paziente non può essere sullo stesso piano del medico non solo per l'asimmetria di competenze e di ruoli, ma anche per la condizione esistenziale di paziente o malato. Se si trova in una situazione di sofferenza psico-fisica non può esserci parità, la dimensione esistenziale ed emotiva ha un peso sulla capacità decisionale, di comprensione e di comunicazione. Problema ben identificato dall'articolista nell'aneddoto raccontato in chiusura. Un medico che racconta che è il paziente a rifiutare un rapporto di tipo paritario "Professore, come sto me lo deve dire lei!" In più la comunicazione non si colloca al di fuori di un contesto storico e di un orizzonte di senso. Fiducia non significa scegliere tra paternalismo e autonomia-abbandono.

1991 - "Il fattore umano alla base della cura"



Procedendo in ordine rigorosamente non cronologico – perché i cambiamenti culturale non sono processi lineari - ho selezionato un altro articolo che aggiunge ulteriori tasselli al tema della relazione medico-paziente e allo stesso tempo esplicita e sintetizza alcuni step precedenti.

Siamo nel 1991 e l'occasione è quella del Congresso della Società Internazionale di Medicina Generale a Parigi, un momento di confronto internazionale dedicato al rapporto tra medicina e scienze umane.

I pazienti chiedono di essere ascoltati aldilà dei sintomi (ricordate Balint?)

*Per cominciare, gli assistiti cominciano a rivolgere al medico una serie di richieste che esulano dal classico schema dell'elencazione dei sintomi: **più informati, più esigenti chiedono una diversa attenzione** al medico. ne fa fede per esempio, un'indagine condotta l'anno scorso dal CENSIS in collaborazione con la Provincia autonoma di Trento: al primo posto tra i motivi di abbandono del medico (...) figura la scarsa disponibilità **all'ascolto di quanto il paziente ha da dire, non soltanto sulla malattia ma anche sui propri problemi personali, abbinata alle spiegazioni insufficienti fornite su terapia e malattia.***

Un aspetto di cui invece non avevamo ancora sentito parlare viene affrontato direttamente in queste righe. Quello della transizione demografica, con aumento delle malattie croniche, e la conseguente necessità di una nuova collaborazione tra medico e paziente:

*Una maggiore qualità delle relazioni tra assistito e curante viene anche dal mutamento dello stato di salute complessivo della popolazione: con l'aumentare dell'età diminuiscono gli eventi acuti e **aumentano le malattie croniche** cui si accompagnano terapie a lungo termine che richiedono un controllo costante... ma anche **una maggiore collaborazione del paziente.** Una collaborazione che per realizzarsi ha bisogno di basi solide e non deve essere costruita sull'ambiguità.*

Viene descritta la vittoria del modello bio-psico-sociale di salute:

I sociologi hanno definito come immagine multidimensionale della salute il modello oggi prevalente nel pubblico e a esso si accompagna una crescente sfiducia nei confronti di un approccio organicista.

Viene ribadita la necessità di considerare anche la dimensione "esistenziale" e la soggettività del paziente, pena la perdita di efficacia della medicina:

*Il paziente attribuisce al concetto di salute anche caratteri che per loro natura **esulano dal campo di indagine delle scienze mediche** (basti pensare che la già citata indagine del CENSIS ha rivelato che, di fronte al 50% di italiani che per salute intendono "la percezione di equilibrio e benessere psicofisico", un non trascurabile 11% aggiunge "sentirsi felici, ottimisti, soddisfatti").*

Una sottovalutazione, quando non l'eliminazione di questi aspetti esistenziali dall'orizzonte della sua attività può diminuire la capacità stessa del medico di agire efficacemente, anche a dispetto della sua preparazione, della sua capacità professionale.

Quello che sembra delinearci in questo articolo è un modello di comunicazione centrato sul paziente e l'attenzione per quella che in questo paradigma è definita "agenda del paziente".

Definizioni di agenda del paziente e delle sue componenti

Agenda del paziente

- Si riferisce a tutto ciò (pensieri, emozioni, esperienze, etc) che il paziente porta con se nella visita.
- Questi elementi non sono riducibili ai sintomi, alla malattia o alla terapia praticata ma si articolano intorno ad essi
- Ognuna delle aree che la compongono e presente in ogni paziente ma ha caratteri specifici per ciascun malato ed è esplorabile solo attraverso una strategia comunicativo-relazionale

Area delle idee e delle interpretazioni

- È costituita dai tentativi del paziente di darsi una spiegazione sui sintomi della malattia, formulando delle ipotesi sulle cause e cercando dei rimedi di malattia
- Il termine frames si riferisce a una sorta di 'cornici' di significato costruite dal paziente e contenenti una serie di comportamenti che ne sono la coerente conseguenza
- Sono proprie di un'area cognitiva 'retrospettiva' ('mi spiego quello che è successo').

Area dei sentimenti

- Si riferisce alle risposte emotive che il paziente manifesta verso la malattia, la sua evoluzione o la conseguente terapia
- Possono essere molteplici e contraddittori

Area delle aspettative e dei desideri

- Con il termine aspettative ci si riferisce a una sorta di anticipazione che il paziente ritiene debba accadere nella visita medica o come risultato dell'incontro clinico o come risultato del progredire della sua malattia
- Con il termine desideri ci si riferisce a ciò che il paziente si augura che accada pur non ritenendolo possibile o realistico
- Aspettative e desideri vanno indagati e compresi ma non necessariamente soddisfatti

Area del contesto e conseguenze

- È costituita da tutti quegli elementi familiari, sociali, lavorativi presenti nella vita del paziente che da un lato influenzano tutte le altre dimensioni dell'agenda, dall'altra subiscono le influenze della malattia e delle decisioni cliniche relative
- Gli elementi che costituiscono l'area del contesto sono presenti e 'silenziosi' nella vita del paziente prima della comparsa della malattia: a causa dei sintomi percepiti essi attivano e modulano le idee, i sentimenti e le aspettative del paziente

Il tema della verità e della correttezza dell'informazione è ancora una volta centrale – come può non esserlo, dal momento che è uno dei temi chiave di TM fin dalla sua nascita - ma questa volta entra in gioco un ostacolo nuovo: quello del marketing e dell'influenza dell'informazione pubblicitaria che può inquinare le acque del rapporto medico-paziente. Non solo: un nuovo nemico le medicine alternative, mettono in guardia da una medicina che "spaccia certezze assolute".

Il disvelamento della diagnosi e il consenso informato vengono descritti in termini meno strettamente informativi. Emerge la difficoltà di agire secondo le nuove normative in un contesto culturale che non è ancora al passo e la necessità di una collaborazione nel percorso di responsabilizzazione della cittadinanza.

... Difficile dire, però, come si possa costringere il paziente a prendere coscienza della propria malattia, quando, per esempio, secondo una recentissima indagine della Lega per la lotta contro i tumori, quasi la metà degli italiani non vuole nemmeno sentire parlare di cancro. Evidentemente, accanto alla rifondazione dell'apparato concettuale del medico si dovrà anche prevedere una modificazione dell'atteggiamento della popolazione in genere, un compito che non può essere lasciato soltanto al medico

Maccacaro, forse, l'avrebbe rivendicata al medico, questa responsabilità educativa.

Sappiamo che il tema del rivelare o non rivelare la diagnosi è molto complesso da un punto di vista culturale: il caso italiano è stato studiato in antropologia (vd Pizza... vale la pena aggiungere qualcosa?)

C'è un passaggio nell'articolo che ci porta oltre il modello di etica moderna, verso quello di etica medica post-moderna:

Però anche in situazioni dove l'uso delle risorse è incomparabilmente più razionale, l'aspetto finanziario comincia a farsi sentire. recentemente la contraddizione tra gestione economica e prestazione del miglior servizio possibile è emersa anche nel Regno Unito, e ha trovato come terreno di scontro la verifica della qualità della medicina di base. Spiega Alastair Donald del Royal College of General Practitioners: "Di fronte ai costi crescenti delle cure mediche, i governi, compreso quello britannico, cercano in ogni modo di ottenere il massimo da quello che spendono. allo stesso tempo, poiché la pratica della medicina generale ha assunto un carattere sempre più definito, i medici stessi sono ansiosi di fornire il miglior servizio possibile in termini di abilità professionale, Di conseguenza la verifica di qualità così come intesa fa governi e amministrazioni può trovarsi in conflitto con la concezione che di questa pratica ha il medico di base molto meno interessato ai costi che non all'efficacia della cura". Un quadro che inevitabilmente si presenterà anche in Italia.

Il problema dell'utilizzo delle risorse emerge con l'istituzione di un servizio sanitario pubblico, in Italia all'epoca ancora tutto sommato giovane rispetto al Regno Unito

Se questa impostazione di rapporti può ancora tenere all'interno della medicina come professione liberale, non è più valida quando ci collochiamo all'interno del Servizio sanitario nazionale. È quanto avvenuto in Italia nel 1978, con l'istituzione di un servizio a copertura universalistica. La conseguenza per i professionisti è stata quella di diventare dipendenti dell'organizzazione sanitaria pubblica. Parallelamente, i malati sono divenuti cittadini titolari di un diritto a ricevere dei servizi. Un ulteriore giro di vite si è verificato con la 'riforma della riforma' che, nei primi anni Novanta, ha istituito le aziende sanitarie. All'interno della pratica medica sono state introdotte logiche di tipo amministrativo e contabile del tutto inusuali in medicina. E il malato, da utente dei servizi, è divenuto un 'cliente' da soddisfare, secondo logiche di mercato. L'innovazione linguistica può essere riscontrata nei documenti ufficiali dell'organizzazione sanitaria. (Spinsanti)

STAGIONI DELL'ETICA IN MEDICINA¹⁷

¹⁷ Sandro Spinsanti IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE: IL POSTO DELL'ETICA in *Salute e Società* anno III, n. 1-2004, pp. 51-68

	Epoca premoderna Etica medica	Epoca moderna Bioetica	Epoca postmoderna Etica dell'organizzazione
La buona medicina	Quale trattamento porta maggior beneficio al paziente?	Quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte	Quale trattamento ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto?
L'ideale medico	Paternalismo benevolo (scienza e coscienza)	Autorità democraticamente condivisa	Leadership morale, scientifica, organizzativa
Il buon paziente	Obbediente (<i>compliance</i>)	Partecipante (consenso informato)	Cliente giustamente soddisfatto e consolidato
Il buon rapporto	Alleanza terapeutica (il dottore con il <i>suo</i> paziente)	Partnership (professionista-utente)	Stewardship (fornitore di servizi-cliente) Contratto di assistenza: azienda/popolazione

IL NUOVO MILLENNIO: LA COMUNICAZIONE SOTTO I RIFLETTORI

Come abbiamo letto nei precedenti articoli la verità della medicina è sotto assedio messa in dubbio dalla propaganda delle aziende farmaceutiche, dalle medicine alternative spacciatrici di certezze, così come dall'emergere di un paradigma relativista che prevede un moltiplicarsi dei punti di vista e la convivenza di più "verità".

Manca solo un elemento per proiettarci in pieno mondo post-moderno: i media.

A ben vedere l'articolo sulla malpractice, con la raccolta di titoli di giornali come copertina, è un bell'esempio di meta-giornalismo. Ma mettere a fuoco il ruolo che i media hanno nella costruzione della realtà richiede uno sforzo di autoriflessione e autocritica lento da parte del giornalismo e che probabilmente passava su canali diversi rispetto ai media stessi.

Non è più così oggi, dove viene spettacolarizzata e diventa oggetto mediatico anche la critica ai media.

Intanto però la comunicazione e il panorama mediatico stanno cambiando per una di quelle innovazioni che nel 1959 Tempo Medico aveva segnalato – *"la produzione dei transistor al silicone"* - ma su cui non aveva scommesso, almeno non quanto sull'energia nucleare. Nelle previsioni però in maniera un po' vaga si scriveva: *"entro tre anni l'uomo avrà il telefono elettronico, la televisione portatile..."*

Nel 2000 il fenomeno internet è esploso - anche se per diventare un fenomeno di massa in Italia dovremo aspettare almeno la diffusione degli smartphone - e la **rivoluzione digitale** è uscita dagli scantinati degli informatici per raggiungere anche le scrivanie dei medici. E la rivoluzione digitale, come sappiamo ora, cambierà la comunicazione, prima ancora che la comunicazione medico-paziente, e avrà un impatto sull'accesso all'informazione, sulle dinamiche di potere e sulla costruzione della realtà. Ma non andiamo troppo nel futuro, fermiamoci al 2002 quando ancora la classe medica stava incassando e rispondendo a tutti i cambiamenti dei due decenni precedenti.



E lo stava facendo manifestando un certo disagio: "Il dottore non sta bene" Titola in prima pagina Tempo Medico.

Perché i medici sono infelici? Gli esperti anglosassoni individuano il cuore del problema nella perdita di autonomia del medico e la conseguente sensazione di perdita di controllo, erosa dall'organizzazione sanitaria, dalle esigenze di ottimizzazione delle risorse, dall'EBM con la richiesta di aderire a linee guida e protocolli e verifiche e dai rapporti di potere con i cittadini sempre più paritari:

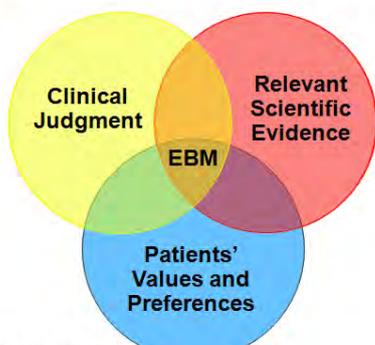
"quello che è cambiato, in definitiva, è il contratto psicologico implicito tra il medico e gli altri attori con cui ha a che fare, ovvero i malati, i datori di lavoro e la società, contratto che stabilisce che cosa ciascuno si impegna a dare e che cosa può ragionevolmente attendersi".

Se negli anni '70 si lottava per un maggiore coinvolgimento dei cittadini, ora sono i medici a reclamare di essere coinvolti, di fronte a un cambiamento che è già avvenuto e da cui non si può tornare indietro:

i cambiamenti sono avvenuti senza una discussione esplicita con le figure coinvolte, prima fra tutte quella del medico nel senso di un coinvolgimento maggiore dei sanitari nelle decisioni, per esempio nella scelta degli obiettivi e dei modi di funzionamento delle organizzazioni per cui lavorano, oltre che in una diversa formazione; vanno dunque le proposte di NPGP di avviare per superare i disagi, che per ora restano comunque ipotesi di lavoro in un dibattito (anzi) mai aperto. Giovanni Sabato

Il malcontento della classe medica per la burocratizzazione della professione è ancora tema

What Is Evidence-Based Medicine?



Sackett DL, et al. BMJ. 1996;312(7023):71-72.

molto attuale, ma a partire dalla fine degli anni Novanta è emerso un nuovo paradigma che ha ulteriormente messo in discussione l'identità professionale del medico, il suo rapporto con il paziente e con la società.

Mi riferisco all'Evidence Based Medicine.

Nata negli anni '90 come "paradigma emergente per la pratica clinica", è stata poi ridefinita più cautamente da David Sackett¹⁸ come «un approccio alla pratica clinica dove le decisioni

¹⁸ Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71. PMID: 8555924; PMCID: PMC2349778.

cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente».

Perché questo nuovo paradigma dovrebbe generare scontentezza nel clinico? Forse perché l'integrazione tra questi 3 elementi non è sempre così equilibrata. Se da una parte il valore delle evidenze scientifiche diventa il nuovo faro guida della medicina, e dall'altra il paziente ha imparato a far valere le proprie preferenze a colpi di denunce o di advocacy, chi ne risente è l'esperienza del medico. Mentre l'EBM e la Patient-centered medicine crescono in parallelo, anche se non sempre in buoni rapporti, il potere del medico - il clinico non il ricercatore, l'accademico o l'iperspecializzato¹⁹ - decrescono, mentre aumentano le richieste organizzative, burocratiche, legali e di formazione.

L'EBM rende necessario al clinico di conoscere e comprendere il linguaggio e le metodologie della ricerca, deve applicare e interpretare sofisticate analisi statistiche e comprendere come metterle in pratica. E soprattutto deve trovare il tempo per farlo, perché non essere aggiornati non è più una possibilità. Pena il giudizio da parte della comunità scientifica (perché la medicina è una scienza e non un'arte), dai pazienti che se sbagli vanno a controllare se l'errore deriva da una carenza di sapere, dalla Sanità Pubblica che trova nell'oggettività dei criteri dell'EBM un valido metro per valutare la qualità della cura e del lavoro del clinico. E infatti nasce l'educazione continua in medicina.



Tempo Medico, ha ancora una volta buon fiuto per le trasformazioni che sono nell'aria, e nel 2002 si rivoluziona con un restyling che va nella direzione della velocità dell'informazione e dell'integrazione tra digitale e cartaceo. Scrive Pietro Dri, direttore di TM, nella presentazione del nuovo progetto:

Negli oltre 40 anni di vita la rivista ha subito diverse trasformazioni per soddisfare le necessità di una professione difficile e impegnativa come quella del medico di famiglia. Tanto impegnativa da lasciare poco tempo per la lettura e l'aggiornamento. Ecco quindi la prima novità: la lunghezza degli articoli è stata drasticamente ridotta, fedeli alla formulazione più informazioni e di più rapida lettura. Nel nuovo Tempo Medico ci saranno circa il 50 per cento in più di notizie rispetto al passato. Non solo, queste notizie saranno proprie della medicina generale.

Si mantiene stretto il legame con il medico di medicina generale, ma le condizioni di lavoro sono radicalmente cambiate - colpa delle travagliate riforme sanitarie e organizzative - e ora il problema più sentito è quello del tempo. Insieme a quello dell'aggiornamento scientifico più

¹⁹ EBM was envisioned as a division of labor in which scientific evidence would be generated by researchers at prestigious research and medical institutions and implementation would take place in practitioners' clinics. [...] Nevertheless, such a system, whether intended or not, has produced a growing schism between academic medicine and clinical practice that often finds expression in concerns over the impact of EBM on the integrity of the physician-patient relationship - Kushner HI. Evidence-based medicine and the physician-patient dyad. Perm J. 2010;14(1):64-69. oi:10.7812/tpp/09-095

strettamente legato alla medicina generale. Meno scienze non pertinenti con la medicina, meno cultura umanistica, meno storie di persone, meno rubriche di svago, ma tante notizie dalla ricerca biomedica per essere medici aggiornati.

Tempo Medico diventa un iperggiornale, nel quale la parte cartacea è integrata in maniera indispensabile da quella on line.

L'integrazione riguarda soprattutto l'inserimento nel progetto editoriale della formazione ECM attraverso quesiti che si snodano nella rivista e nel sito. Ma anche i contenuti della rivista cartacea vengono aggiornati secondo lo spirito dei tempi. Infatti per la prima volta troviamo **una rubrica di una pagina intera dedicata alla relazione medico-paziente**, finalmente inquadrata secondo quello che oggi è comunemente considerato il suo obiettivo:

I nuovi appuntamenti fissi... Il secondo è la sezione Medico & pazienti centrata sul rapporto tra i due protagonisti dell'atto medico e sulla crescente spinta verso l'educazione del paziente e del medico per raggiungere l'obiettivo finale di una migliore salute.

Tempo Medico si premura di assicurare i suoi lettori che modernizzazione non significa abbandonare i valori che hanno guidato la rivista fin dagli esordi:

Una rivista più moderna

La testata si rinnova, senza dimenticare la sua lunga storia

Tempo Medico cambia e diventa un giornale pensato e disegnato per le esigenze del medico di medicina generale. Negli oltre quarant'anni di vita la rivista ha subito diverse trasformazioni per soddisfare le necessità di una professione difficile e impegnativa come quella del medico di famiglia. Tanto impegnativa da lasciare poco tempo per la lettura e l'aggiornamento. Ecco quindi la prima novità: la lunghezza degli articoli è stata drasticamente ridotta, fedeli alla formula più informazioni e di più rapida lettura. Nel nuovo Tempo Medico ci saranno circa il 50 per cento di notizie in più rispetto al passato. Non solo, queste notizie saranno proprie della medicina generale. Le nuove norme ministeriali sulla sperimentazione consentono al medico di famiglia di fare ricerca, ecco quindi forte il bi-

si rari o specialistici ma casi comuni con cui cimentarsi in un percorso diagnostico. Percorso che apre le porte alla ECM di Tempo Medico che si trova sul sito della rivista (www.tempo-medico.it). Tempo Medico diventa infatti un iperggiornale, nel quale la parte cartacea è integrata in maniera indispensabile da quella on line. Solo in rete si trovano i percorsi ECM a cui si può accedere risolvendo il caso inter-



rattivo o il quiz illustrato della settimana. I percorsi, di cui verrà chiesto l'accredito ministeriale, forniscono i «crediti Tempo Medico» che potranno essere accumulati da subito. L'ECM è mirata al medico di medicina generale e gode della disponibilità del prezioso materiale della Cochrane Collaboration.

I nuovi appuntamenti fissi con Tempo Medico sono però anche altri e almeno tre meritano di essere segnalati in agenda. Il primo è la pagina 2 dedicata alla professione: un'informazione rapida sul mondo del fisco, della giurisprudenza, della previdenza per il medico di medicina generale.

Il secondo è la sezione Medico & pazienti centrata sul rapporto tra i due protagonisti dell'atto medico e sulla crescente spinta verso l'educazione del paziente e del medico per raggiungere l'obiettivo finale di una migliore salute.

Il terzo appuntamento è mensile ed è presente solo nel sito internet: ogni mese verrà proposto un forum di discussione, nel quale esprimere il proprio parere, schierandosi a favore o contro una data posizione.

Tante novità non hanno fatto dimenticare la storia di Tempo Medico. La scienza, la cultura umanistica sono ancora presenti in maniera trasversale nel giornale. Non solo, nonostante la rivoluzione grafica e di contenuti, Tempo Medico in fondo non cambia, perché l'indipendenza, la scientificità e lo stile giornalistico restano i capisaldi del primo giornale italiano per il medico di famiglia. **Pietro Dri**

Nonostante la rivoluzione grafica e di contenuti, Tempo Medico in fondo non cambia, perché l'indipendenza, la scientificità e lo stile giornalistico restano i capisaldi del primo giornale italiano per il medico di famiglia.

La sensazione di un cambiamento rispetto all'impostazione degli esordi però è forte, riguardando quella copertina del numero 1 riprodotta anche in questo editoriale.

Tempo Medico del 2002 si occupa molto di più di pubblicazioni scientifiche, la base dell'aggiornamento medico. In qualche modo il legame con il mondo accademico è più stretto che in passato e credo che gran parte del lavoro di redazione dovesse concentrarsi sulla selezione delle pubblicazioni che era esploso (qualche dato sull'aumento del numero di

pubblicazioni mondiali in questi anni si trova?) Un vero e proprio sovraccarico informativo per i medici a cui TM cercava di fornire una soluzione.

La scientificità e l'indipendenza diventano i pilastri a discapito di quella componente di opinione, di inchiesta e soprattutto di storytelling del Tempo Medico-Time.

I temi scottanti, la spregiudicatezza di stile, le prese di posizioni, lo spirito di indagine e l'utilizzo di una retorica che talvolta nella lettura dei numeri delle decadi precedenti mi ha

suscitato persino irritazione, lasciano spazio a uno stile oggettivo, razionale, posato, ben radicato nelle fonti.

In particolare, il tema della **comunicazione medico-paziente** non nasce da tensioni sociali e non suscita reazioni viscerali: l'importanza della comunicazione e della relazione con i pazienti è pienamente riconosciuta, ed è una componente della medicina che va affrontata e ottimizzata con metodi scientifici, con parametri quantificabili. Questa mi sembra la visione che emerge dalla rubrica. Proviamo a fare qualche esempio.

Nella prima puntata della rubrica, del 19 settembre 2002, leggiamo



In risposta al diffuso malcontento espresso dai pazienti nei confronti delle prestazioni comunicative dei loro curanti proliferano gli studi ce cercano di carpire i segreti di una modalità di relazione che sia gratificante, soprattutto per i pazienti, nonché efficace dal punto di vista degli obiettivi di salute.

L'aspetto relazionale della pratica clinica, di ormai scontato valore in ambito psichiatrico e psicologico, reclama dunque un ruolo di primo piano tra le competenze del medico di medicina generale. Come gestirlo, che è stato per molto tempo regno del buon senso, dell'ovvio e delle opinioni personali, è oggi un campo di ricerca che aspira al rigore scientifico.

Troveremo ogni volta le formule:

...un gruppo di ricercatori dell'Università della North Carolina ha analizzato la

letteratura scientifica pubblicata tra il 1975 e il 2001 in lingua inglese, sottoponendo a una revisione sistematica soltanto gli studi svolti in ambito della medicina generale e condotti con metodi di rilevazione, misurazione e analisi oggettivi. Infatti l'eterogeneità metodologica e il libero qualitativo variabile penalizzano troppo spesso la validità dei risultati e il significato generale di queste ricerche (19 settembre)

Alla diffusione e alla tipologia dei conflitti tra medici e pazienti è stato dedicato il progetto EPICON, realizzato dal Centro italiano studi e ricerche in medicina generale in collaborazione con l'Università di Milano (26 settembre)

Uno studio scozzese ha sperimentato un metodo appositamente sviluppato per individuare i casi di ottemperanza non ottimale alle prescrizioni (26 settembre)

Un gruppo di ricercatori appartenenti al Department of Family Medicine dell'Ohio State University...Attraverso una ricerca in Medline gli autori hanno selezionato 16 studi randomizzati, per la maggior parte controllati con placebo, che hanno verificato l'efficacia di interventi educativi mirati a ottimizzare le modalità di comunicazione dei pazienti (10 ottobre)

Secondo una revisione della letteratura condotta da... (28 novembre)

Di continuo emerge la critica formulata al nuovo paradigma (centrato sul paziente) esplicitamente nel numero del 24 novembre:

Obiettivo da centrare. Il nuovo approccio al paziente va precisato e misurato meglio.

La comunicazione medico-paziente è sempre più oggetto di studio, ma manca di metodo, che secondo i parametri dell'EBM prevede, e nelle parole dei giornalisti di TM, "studi condotti con metodi di rilevazione, misurazione e analisi oggettivi"; "studi randomizzati, per la maggior parte controllati con placebo" (!); revisioni sistematiche e meta-analisi.

Si apre qui il grande divario metodologico tra ricerca qualitativa e quantitativa che ancora oggi è oggetto di dibattito. [ma questa è un'altra storia]

Fatto sta che la rubrica avrà vita breve: nel 2003 scomparire in silenzio. Forse il numero di studi di qualità secondo i parametri della rivista sono troppo pochi? Forse il tema non è di interesse? Forse l'aggiornamento clinico ha maggiore rilevanza? O più semplicemente la crisi dell'editoria ha colpito anche Tempo Medico che costretto a ridurre la foliazione decide di chiudere la rubrica. Resta comunque una scelta significativa: perché proprio questa rubrica è considerata "sacrificabile".

Ma prima di chiudere i battenti la rubrica affronta un tema che diventerà centrale per la relazione medico paziente: la **rivoluzione digitale**.



Interessante che internet sia inquadrata all'interno del tema "Medico&patient". Abbiamo visto che internet per l'aggiornamento del medico è uno strumento che Tempo Medico ha da subito sposato. In questo articolo si vede internet valutata in quanto strumento per i pazienti, che accedono a un sapere precedentemente inaccessibile. "Promossi ma un po' ingenui" sono i pazienti che cercano online informazioni sulla loro patologia o sui medici.

Bisogna ricordarsi che l'internet del 2001 è ancora l'internet 1.0 in cui la componente di informazione è ancora prevalente²⁰ rispetto a quella di comunicazione, condivisione e collaborazione.

I problemi evidenziati nell'articolo sono quindi quelli della presenza online di informazioni inesatte o poco aggiornate e della scarsa capacità degli utenti di riconoscere le informazioni autorevoli. Nel riquadro "attenti all'E-health viene descritto il primo database che raccoglie segnalazioni degli "effetti avversi" dell'informazione online, il nuovo *pharmacon*, ancora in fase di sperimentazione.

L'articolo "Pazienti o cibernauti?" un po' cerca di rassicurare, attraverso la descrizione di un altro studio che riporta il parere positivo dei medici rispetto ai pazienti che si informano su internet: sono più competenti, partecipi, autonomi e trovano online supporto psicologico e sociale. Creano qualche problema solo perché richiedono visite più lunghe e non necessarie. Due note interessanti: internet come strumento non solo per cercare informazioni ma anche supporto e condivisione esploderà con il web 2.0, con le communities di pazienti. La cosa interessante è che già in questa fase di esordio ci si domandava come integrare le relazioni online con la relazione medico-paziente durante la consultazione clinica.

La lamentela sul tempo non manca mai da parte dei medici, anche solo *en passant*, ma forse proprio quel tempo in più nello studio del medico per condividere le informazioni acquisite online potrebbe servire a evitare cure e visite non necessarie.

Si delinea in queste poche righe la figura (mitologica?) dell'E-patient, paziente *empowered* da internet, che vuole essere più partecipe nelle decisioni e protagonista nel percorso di cura. e persino della ricerca.

Il messaggio ribadito più volte nella pagina resta comunque: attenzione perché l'informazione scorretta può essere fatale, e l'informazione online è generalmente scorretta. Lo ribadisce l'Intervista a Maurizio Bonati, del laboratorio di salute materno-infantile del Mario Negri, dal titolo *Pregi virtuali e difetti reali*

Qual è l'affidabilità dell'informazione accessibile in rete?

In generale scarsa, soprattutto nella realtà italiana dove il movimento dei consumatori è ben poco incisivo. Una nostra indagine su siti italiani e stranieri condotta per la prima volta nel 1997 e verificata a distanza di 4 anni ha dimostrato che i miglioramenti apportati sono davvero limitati e che molto del materiale che entra nel web ha vita troppo breve perché se ne curi la qualità e l'aggiornamento. Uno dei motivi è che i siti sono spesso legati al momentaneo interesse di chi li fa o di chi li sponsorizza. In generale a dare una maggiore garanzia di continuità e di qualità sono i siti delle associazioni, che però hanno il difetto di essere progettati per addetti ai lavori (quelli delle società scientifiche) oppure di essere molto ricchi e aggiornati ma limitatamente a singole malattie (quelli delle associazioni di malati o genitori).

²⁰ ...we can say that web 1.0 is a computerbased networked system of human cognition, web 2.0 a computer-based networked system of human communication, web 3.0 a computer-based networked system of human co-operation (Fuchs 2008a; Fuchs et al. 2010).

Ancora oggi, anzi forse di più, il problema-internet viene spesso inquadrato nel frame della cattiva informazione – o meglio della misinformation – concentrandosi soprattutto sul contenuto della comunicazione, invece che sulla relazione: come si costruisce la fiducia online? Come si definisce la competenza?

Nel 2001, su *Tempo Medico* sicuramente era così: io però non riesco a far tacere quella vocina nella mia testa che mi dice che anche nel passaggio da un modello paternalistico a uno più centrato sul paziente, la dimensione dell'informazione sia stata un po' sopravvalutata.

Mi domando: che cos'era e che cosa è stata stata l'informazione medica per gli autori e i lettori di *TM*? Quel sapere che passava proprio dalle pagine di una rivista, riservata alla classe medica, che legava i suoi lettori attraverso argomenti, metodi e linguaggi talvolta esoterici e che piano piano è diventato "troppo" anche per i medici stessi.

Quell'informazione che è stata mezzo di scambio e contrattazione con i pazienti ma anche con il mondo dell'accademia e della ricerca, regolando o complicando le relazioni.

CONCLUSIONI

Attraverso questa rapida carrellata di articoli di *Tempo Medico* mi sembrano siano emersi molti dei temi che hanno segnato il cambiamento nella relazione medico-paziente e nella cultura medica: la nascita del paradigma biomedico, la medicina sociale, il consenso informato, il tribunale dei diritti del malato, la formazione del medico, la comunicazione e l'informazione, la deontologia e l'etica, l'impatto del contesto organizzativo, l'interazione con gli altri agenti del campo biomedico.

Spesso *TM* ha precorso i tempi, spesso ha manifestato tutto lo spirito del tempo, di sicuro ha sempre mantenuto un rapporto importante con il "tempo" e con la storia.

Il viaggio nel "*Tempo Medico*" ci ha permesso di individuare molte tracce, ma la maggior parte è ancora nei faldoni che aspetta di essere indagate da altri esploratori.

APPENDICE: IL CASO DELLE CLINICOMMEDIE

La rubrica "**Circuito interno**", in seguito rinominata "**Clinicommedie**" dal nome utilizzato in redazione, nasce nel gennaio 1965 e diventa presto uno dei contenuti più caratteristici e longevi (la rubrica terminò nel 1997) di *Tempo Medico*.

La rubrica si colloca a metà strada tra la sceneggiatura e il fumetto, un quiz clinico divertente e coinvolgente, in forma di dialogo, illustrato dai fumetti di Crepax, in cui il lettore è invitato a indovinare la soluzione, prima di capovolgere la rivista per leggerla nelle righe finali. In un ospedale un medico, in genere "il direttore" presenta un caso ad un altro medico (in genere "l'aiuto" e, attraverso il dialogo e i dati anamnestici e di laboratorio, i due arrivano alla soluzione del caso. Il caso è commentato da un coro di personaggi che seguono la disputa tra i medici attraverso il "circuito interno" che collega via video e audio lo studio del direttore con lo studio dei medici.

Come racconta Pietro Dri, direttore di Tempo Medico dal ... al... e autore di molte Clinicommedie: *“Nacquero in tal modo i personaggi che hanno fatto per i medici la storia, grazie alla mano di Crepax: il direttore, tradizionale ma non troppo, aperto alle nuove idee ma non giovanissimo, con la sua pipa immancabilmente in mano o in bocca; l'aiuto, che si scoprì col tempo chiamarsi Attilio, che doveva fungere da contraltare e impersonare il medico più giovane e che più si affidava al ragionamento scientifico, rispetto all'esperienza e all'acume clinico del direttore; due assistenti chiamati in maniera neutra Assistente I e Assistente II, di cui non si è mai saputo il nome. Ma a dominare la scena era la figura della specializzanda, affascinante e sempre elegantissima, prototipo di Valentina e, col tempo, variata nel vestire, nel taglio dei capelli e nel modo di porsi secondo le tendenze del momento e i gusti del suo autore: la specializzanda, nonostante il trascorrere degli anni e dei decenni, resterà sempre giovane e, purtroppo per lei, non arriverà mai a specializzarsi! Altri destini invece mutano, per esempio l'aiuto Attilio vince un primariato in provincia e viene quindi sostituito da un aiuto più giovane e aitante, William, un rampante yuppie della medicina moderna. O ancora si aggiungono nuovi protagonisti, come Alcibiade, vecchio medico di poca cultura ma di solido buon senso.”*

Massimo Obbiassi, medico e autore di oltre 200 Clinicommedie, ha definito i personaggi e le regole del gioco di scrittura, la “teoria della Clinicommedia”, che si basa su quattro presupposti:

- non si deve imbrogliare il lettore
- la soluzione non deve essere assurdamente difficile
- la soluzione deve avvenire attraverso un passaggio drammatico
- la soluzione deve essere univoca.

La sceneggiatura della Clinicommedia ha una struttura in tre atti, che rappresentano le tre chance per indovinare la soluzione del quesito, la diagnosi.

Nella sua forma tipica, ogni episodio è illustrato da Crepax attraverso 2/3 tavole: la prima rappresenta il paziente e contiene lo stesso testo che introduce la rubrica e la descrizione sintetica del caso.



La seconda generalmente rappresenta lo scambio di sguardi e il dialogo con i fumetti veri e propri. Questa tavola è spesso molto complessa, include molti personaggi nella stessa scena, oppure è suddivisa in frame con linee trasversali, triangoli di diverse misure, riquadri che si



sovrappongono, senza spazio bianco tra le vignette, con funzione scansione temporale dei dialoghi. Spesso è la specializzanda a figura intera di schiena che fa da "quinta", tra gli altri personaggi maschili.

Il risultato è un dialogo con un montaggio molto ritmato che scandisce



i turni di parola, campi strettissimi su occhi, mani, occhiali, sigarette e pipe. I personaggi sono fermi in una stanza, ma Crepax mette in scena il processo dinamico e drammatico di riflessione collettiva, la concentrazione, il lavoro intellettuale, lo scambio di punti di vista.

[Dov'è la relazione medico paziente nelle Clinicommedie?](#)

Storie di malattia e relazione medico-paziente sembrano chiamare all'appello il concetto di medicina narrativa. A partire dagli anni Novanta la Medicina Narrativa o Medicina Basata sulle Narrazioni si è diffusa in tutto il mondo come integrazione/in opposizione alla medicina basata sulle evidenze (EBM): se le evidenze dell'EBM sono oggettive, esprimono leggi generali costruite a partire dai trial clinici e dall'epidemiologia, le narrazioni esprimono un sapere idiografico, che conferisce significato a specifiche azioni compiute da persone specifiche in determinati contesti. La medicina narrativa rivaluta l'importanza della storia di malattia del paziente nella relazione medico-paziente, offrendo nuovi scenari di alleanza terapeutica. Nella formazione dei medici, utilizza la scrittura riflessiva e il close reading di testi narrativi per favorire lo sviluppo di quella competenza narrativa che permette l'incontro tra il mondo del medico e quello del paziente.

Le clinicommedie possono rientrare nell'ambito della MN o meglio ancora della Graphic Medicine, la versione "a fumetti" della medicina narrativa?

Vediamo che cos'è la Graphic Medicine. Stefano Calabrese, Ordinario di Comunicazione narrativa nell'Università di Modena e Reggio Emilia, la descrive così:

Fondata nel 2010 da Ian Williams, medico e fumettista britannico, la graphic medicine è un'area emergente di ricerca interdisciplinare che da una parte esplora un approccio nuovo verso la medicina da parte del personale sanitario e ne costituisce un permanente strumento formativo, dall'altra suggerisce ai pazienti di produrre delle cosiddette «patografie», cioè racconti della malattia in forma di graphic novel – per consentire una migliore comprensione del decorso curativo e soprattutto per riuscire ad averne un governo 'onnisciente' attraverso una fuoriuscita del soggetto dal proprio angusto punto di vista e l'assunzione di una visione, se non oggettiva, almeno esterna²¹

A partire da questa definizione, dobbiamo constatare che le Clinicommedie non hanno molti punti di somiglianza con le *visual pathography*, fatta eccezione per la struttura narrativa. La dimensione di umanizzazione delle cure, l'esperienza soggettiva di malattia o la dimensione sociale della malattia non sono al centro della narrazione. Se uno degli obiettivi della medicina narrativa è proprio quello di dare maggior peso a questi aspetti, le clinicommedie difficilmente potrebbero essere utilizzate come spunto formativo: la relazione medico-paziente non viene generalmente messa in scena, le interazioni quando ci sono avvengono fuori dalla scena e ne abbiamo solo una narrazione indiretta, il punto di vista del paziente non viene preso in considerazione, generalmente il paziente non ha un ruolo nella trama se non quello di essere il "portatore" dei sintomi e l'oggetto dell'indagine.

Si tratta di una narrazione di tutt'altro genere, una narrazione in cui il vero protagonista è il **ragionamento clinico**.



La somiglianza delle Clinicommedie la serie televisiva Dr. House ci aiuta a individuare l'antenato comune e il genere. **Sherlock Holmes**, il medico detective personaggio creato da Arthur Conan Doyle che a sua volta era un medico e che si è ispirato al suo maestro Joseph Bell, un medico noto ai tempi per le sue straordinarie capacità di osservazione e deduzione (meglio sarebbe parlare di

abduzione).

Le clinicommedie sono detective story, ma hanno un rapporto stretto con il Case Report, che nella sua versione più moderna ha integrato la struttura e le caratteristiche della detective story. Nel 2015 Lancet²² annunciò che avrebbe ampliato lo spazio per i case report, in

²¹ La 'graphic medicine': curarsi con i comics Stefano Calabrese <https://griseldaonline.unibo.it/article/view/9792/10230>
Vedi anche <https://www.graphicmedicine.org/>

²² Berman P, Horton R, 'Case Reports in The Lancet e a new narrative.' Lancet, 2015;385: 1277

particolare quelli che mostravano “an unusual presentation of a common disease or a rare cause of a common presentation if not something completely novel”. La motivazione? Perché le storie servono per imparare e trasmettere il sapere:

‘Throughout history people have interpreted the world around them and passed on lessons learned through myths, fairy tales, parables, and anecdotes. Medicine is no different. The ideal Case Report will have an unexpected twist or detective element, is engagingly written, and has a learning point for a general medical audience.’

Possiamo affermare che anche il Lancet ha accettato quel *narrative turn* che è all’origine anche della Medicina Narrativa. Un recente articolo di Brian Hurwitz²³, uno dei padri della Narrative Medicine, analizza la struttura narrativa dei case report, proprio in relazione alla detective story:

Detective and clinical case work share imaginative, interrogative and inferential moves inflected in appeals to puzzle out and fit together diverse pieces of information in ‘a single connected narrative’. In both fields of activity accounts of cases defer telling by withholding information and concealing elements as in a ‘game of suspense and mystery’. The emergence of pattern is orchestrated through a process that stages access to findings by dripfeeding descriptive information in which reasoning and the formation of hypotheses are the intermediary links of narrative beginnings and endings

Perché le narrazioni veicolano così bene il sapere clinico: è una questione epistemologica, come ha spiegato Kathrin Hunter:

Clinical medicine shares its epistemological predicament and its methods of knowing with history, law, economics, anthropology, and other human sciences less certain and more concerned with meaning than the physical sciences. But unlike those disciplines, it does not explicitly recognize its interpretive character or the rules it uses to negotiate meaning.[...] Physicians share both their mistaken top-down epistemological assumption and their actual reliance on narrative with Sherlock Holmes, the master interpreter of signs who was modeled on Arthur Conan Doyle’s professor of surgery at the University of Edinburgh. Like physicians, Holmes describes the details of his rational process very well. Like them, he utters practical and epistemological maxims as if they were universal laws. But, also like physicians, he characterizes his knowledge in thoroughly contradictory and misleading ways. He claims to work deductively, scientifically, and indeed, he conducts experiments that make him an expert on such important matters as blood stains, cigar ash, and varieties of London mud.

Yet his Method - while entirely rational - is not science. It is a practical interpretive procedure that uses scientific fact but is governed by a set of paradoxes, contradictions that, even as he ignores them, act as a check on hasty generalization and the shortsighted, occasionally obsessive concerns of a retrospective investigator.²⁴

²³ Hurwitz, Brian. "Narrative constructs in modern clinical case reporting." *Studies in History and Philosophy of Science Part A* 62 (2017): 65-73.

²⁴ Hunter, Kathryn. "“Don’t think zebras”: uncertainty, interpretation, and the place of paradox in clinical education." *Theoretical medicine* 17.3 (1996): 225-241.

I case report appartengono alla categoria della non-fiction ma sono oggi raccontati come detective story. Le prime clinicommedie prendevano spunto da case report (come anche gli episodi di Dr House), ma nel tempo gli autori hanno mantenuto la verosimiglianza ma hanno abbandonato il riferimento a casi reali, creando storie di pura fiction. Perché? Per rendere le storie più interessanti perché come, spiega Massimo Obbiassi²⁵, ben presto gli autori si sono resi conto che il quiz non era “un’esercitazione didattica né un’esposizione scientifica di casi clinici inusuali, era un gioco intellettuale”,

Ancora una volta possiamo domandarci, dove sta la relazione con il paziente.

Sia i case report sia le Clinicommedie si focalizzano sulle malattia non sulla persona malata e il racconto è narrato dal punto di vista del medico. Ma, in quanto narrazioni, per risultare sufficientemente realistici, per rendere l’idea del lavoro clinico, devono fornire uno scenario, un’atmosfera, dei personaggi con le loro emozioni e a loro volta le loro storie, con voci credibili che dialogano tra loro. E per essere appassionanti devono rispettare schemi specifici capaci di creare suspense e aspettativa.

La relazione con il paziente resta sullo sfondo, ma i pazienti ci sono. E ci sono sempre di più se pensiamo che i titoli dei primi numeri delle clinicommedie si riferivano esclusivamente al sintomo, mentre dal 1968 il titolo si riferisce sempre al paziente, che viene “dipinto” anche nell’illustrazione di apertura, all’interno del suo contesto di vita.

L’analisi di un testo narrativo può dirci molto sull’autore, sul suo punto di vista, su cosa reputa di interesse, sulla cultura condivisa tra autore e lettore (in questo caso omogenea), sul contesto in cui si colloca il testo, i paratesti, tutti quei testi che parlano delle Clinicommedie (per esempio le introduzioni alle raccolte). Conosciamo per esplicita ammissione degli autori la finalità di queste narrazioni, il gioco intellettuale: come cercano di raggiungere questo obiettivo? In quale tipo di relazione si pongono con i lettori? Già la scelta della detective story indica l’adesione a un certo modo di concepire l’epistemologia della medicina e il giudizio clinico, come abbiamo visto. Ne può emergere un ricco lavoro ermeneutico.

Per comprendere la relazione medico-paziente, per esempio, potremmo interrogarci su come nelle Clinicommedie vengono descritti questi pazienti, con quale tono (spoiler: spesso ironico per non dire sarcastico), perché la scelta ricadeva su personaggi considerati “pittoreschi” (sempre per ammissione di Obbiassi) e che cosa significava per gli autori essere un paziente “pittoresco”.

Mi ha colpito, per esempio, la scelta dello stratagemma del circuito interno, così simile alla sala conferenze di Dr House, ma anche così simile al lavoro di redazione di Tempo: i processi di pensiero non avvengono nella scatola nera della mente del protagonista, ma vengono messi in scena nelle voci dei personaggi, che rappresentano istanze diverse della competenza

Vedi anche: Montgomery, Kathryn. *How doctors think: Clinical judgment and the practice of medicine*. Oxford University Press, 2005.

²⁵ Le clinicommedie. Ottanta casi clinici sceneggiati. Disegni di Guido Crepax (Italiano) Copertina flessibile – di Obbiassi Massimo (A Cura Di) 1990

medica. Il processo di indagine diventa pubblico e condiviso, tutti possono portare il loro contributo, come deve essere nella comunità scientifica biomedica, ma resta comunque lo spazio per gli “esperti” che spiccano per le loro doti, proprio come gli eroi degni della cover di TM. Da questo spazio di dialogo scientifico il paziente resta all'esterno, un estraneo che poco può apportare al processo, ma è indispensabile come innesco.

Suggerisco per i posteri, qualche altro spunto di indagine: si potrebbe evidenziare come la formula delle clinicommedie è cambiata nel tempo, pur rimanendo fedele a se stessa. Questo tipo di analisi è stata svolta in riferimento al cinema e alle serie televisive e permetterebbe di mettere in luce aspetti di interesse anche rispetto alla relazione:

From an historical perspective, changes to a popular culture formula about an institution can yield more subtle insight into the ideas held by a broad population about institutional power than analyzing only the non-fictional materials presented to that population. In addition, understanding the reasons behind continuities and changes in setting, characterizations, and plot patterns of a storytelling formula can illuminate the forces guiding broadly-shared views of the institution²⁶.

E poi c'è un ultimo spunto: se le Clinicommedie non hanno inventato un genere, la scelta del fumetto invece è stata decisamente atipica. Questo aspetto meriterebbe un'indagine: il fumetto in Italia non ha mai avuto una grande reputazione, considerato spesso una forma di narrazione per bambini, eppure la sua presenza in una rivista considerata colta e spregiudicata potrebbe averlo sdoganato, almeno nella sua versione “d'autore”. Sarebbe interessante interrogare i lettori dell'epoca per capire qual è stato l'impatto delle Clinicommedie e, chissà, forse scopriremmo che i lettori di Tempo Medico potrebbero essere più inclini anche ad esplorare le graphic novel e la Graphic Medicine.

²⁶ From Expert in Action to Existential Angst - A Half Century of Television Doctors Joseph Turow and Rachel Gans-Boriskin