

la comunicazione medico – paziente: due per sapere, due per curare

*relazione di Gianni Grassi, sociologo e paziente,
svolta domenica 13 giugno 2004 al Gruppo Eventi di Roma*

PREMESSA

Frequentare il Gruppo Eventi (www.gruppoeventi.it) mi ha fatto capire che se morire è un dovere, sociale e biologico, morire bene è un diritto, sociale e bioetico: una speranza morale, non ancora un'istanza legale. Per renderla effettiva occorre cambiare gli atteggiamenti sociali nei confronti della morte e dei morenti. E siccome le statistiche dicono che si muore per lo più in ospedale, occorre cambiare quelli degli operatori ospedalieri, soprattutto dei medici (*abbiamo il primato mondiale: 607 medici ogni 100.000 abitanti*). Per arrivarci, però, occorre conoscere e cambiare il loro atteggiamento nei confronti dei pazienti malati, prima che diventino morenti, per agire sulle strutture e sui bisogni della società.

La comunicazione tra medici e pazienti è un grosso nodo etico, prima che un problema di virtù personali, di tecniche comunicative e di organizzazione assistenziale. L'ennesimo scandalo del paragone farmaceutico è qui a ricordarcelo. Eppure, nei miei recenti studi mi sono accorto, con meraviglia, che la bioetica si è venuta configurando come un'etica di frontiera, reattiva alle novità scientifiche e tecnologiche. Le possibilità di incidere per via tecnologica sulla vita umana procedono più rapidamente di quanto non avvenga per la riflessione etica. In una ideale curva gaussiana (che rappresenta l'andamento probabilistico medio dei fenomeni sociali) potremmo vederla concentrata sulle code estreme: da una parte l'inizio della vita, la sua definizione, la procreazione assistita, sino alla clonazione; dall'altra la fine della vita, la definizione di morte, sino all'accanimento terapeutico e all'eutanasia. E il grosso della curva, il vivere quotidiano, il rapporto con il dolore, la sofferenza, la cura? L'esperienza della malattia e dell'ospedale? Credo vi sia bisogno di una bioetica quotidiana che ci aiuti ad affrontare proprio lo spessore di questi aspetti ordinari, di massa.

Per ciò, oltre che per cogliere l'occasione offertami dalla mia malattia (è vero quello che scrive Tiziano Terzani nel suo ultimo libro¹: “ il cancro è una sorta di baluardo contro la banalità del quotidiano”), mi sono dedicato a studiare la comunicazione tra medici e pazienti, cominciando con i miei curanti dell'università di Padova. Li ho talmente tempestati di richieste, proteste, osservazioni critiche, che a un certo punto mi hanno invitato a esporre le mie idee in proposito in uno dei loro meeting di formazione per gli specializzandi. L'ho fatto a febbraio e vi ripropongo qui la

¹ *Un altro giro di giostra*, Longanesi 2004

“lezione”. I lettori attenti dei libri del Gruppo Eventi², in particolare del secondo, ritroveranno temi già accennati nella mia “lettera a un ospedaliere” ivi inserita (e che Grazia Honegger Fresco ha riprodotto ne “il quaderno montessori” da lei diretto³). Ma ho apportato variazioni e nuove citazioni, in particolare dal bel libro di Terzani in cui il famoso giornalista racconta il suo viaggio nel male e nelle cure. Ho anche messo qualche nota bibliografica.

Devo però aggiungere un'altra cosa: rispetto al meeting padovano mi trovo oggi a vivere una situazione in cui, alla carenza di energie si sovrappone una sorta di penuria di ottimismo. E ciò non solo perché è difficile restare ottimisti di questi tempi, sempre più inquinati da violenze, menzogne e paure, in cui le ragioni della forza vengono spacciate per la forza della ragione e la lotta al terrore con altro terrore sta provocando – come dice *Amnesty International* – “il più grave attacco ai diritti umani” e alla convivenza globale. Ma anche per un motivo personale alquanto deprimente: rispetto a quattro mesi fa ho iniziato un altro giro di giostra nel mio viaggio terapeutico, un lungo ciclo di radioterapia con effetti devastanti in termini di dolore e avvilitamento. Soffro una fiacchezza fisica e morale, anche perché non sono convinto che ne valga la pena. Come diceva il grande Albert Schweitzer “il paziente non lo sa, ma il vero medico è quello che ha dentro di sé. E noi abbiamo successo quando diamo a quel medico la possibilità di fare il suo lavoro”. Il fatto è che io lo so, ma sento che il mio medico interiore, il sistema immunitario fisio-psichico, non sta lavorando. Mi spiace, ma dovevo dirvelo, anche per rendervi onestamente partecipi della fragilità, precarietà e reversibilità delle acquisizioni che sembrano reggere un rapporto terapeutico. Comunque, anche se le mie convinzioni vacillano, mi sorregge la serena consapevolezza dei limiti della vita, maturata grazie al Gruppo Eventi, insieme alla fondata speranza di solidarietà e di cure sino alla sua fine.

E passo a riproporvi la “lezione” fatta ai medici della Clinica Urologica del Policlinico Universitario di Padova lo scorso 16 febbraio.

DUE PER SAPERE, DUE PER CURARE

Mentre festeggiavo con amici la conclusione del master in bioetica alla “Sapienza”, dove ho discusso una tesi su *la validazione consensuale in ospedale*, parlavo della “lettura” che avrei tenuto ai miei curanti sulla comunicazione tra medici e pazienti. Uno ha detto: “Ma, non c'è un conflitto d'interessi?”. Ho ripensato a questa battuta: no, non c'è conflitto, abbiamo lo stesso interesse, la miglior salute possibile. Casomai potrebbe esserci un conflitto interno, tra il mio essere un paziente e un ricercatore: da una parte, riconoscente (perché mi è stata salvata – *oggi direi* prolungata - la vita) e sofferente (l'ansia per la recidiva, insomma il dover convivere con la malattia).

² Sarà così lasciare la vita? Paoline 2001, Assenza, più acuta presenza, Paoline 2003

³ n. 80/2004, mentre sul n. 89/2006 ne uscirà un'altra

Dall'altra, insofferente dei ritardi, delle superficialità, degli errori comunicativi. Ma a ben guardare è piuttosto una contraddizione vitale tra il mio bisogno naturale - come paziente - di credervi, darvi fiducia, e quello culturale - come sociologo - di criticarvi, diffidare delle vostre manchevolezze e delle mie stesse debolezze. Di più. E' una tensione che mi accompagna da quando vi frequento come paziente un po' speciale. Cioè un ricercatore che ha recuperato nei vostri confronti la competenza e l'identità professionali preesistenti alla malattia, e insieme un paziente che nella comune esperienza con voi ha rielaborato una competenza e un'identità più mature. Attribuisco al rapporto terapeutico il fatto di sentirmi bene, tanto da avere il coraggio di venirvi a parlare, nonostante le difese immunitarie calate e il marcatore tumorale in crescita. Vorrei che vi rendeste conto, come prima cosa, che l'invito a tenere questa conversazione e la disponibilità ad ascoltarmi in quanto paziente (magari parziale e indisponente), ha costituito una medicina straordinariamente efficace nell'aiutarmi a dare un senso anche alla malattia, a farne un'opportunità di ricerca, dunque di vita. L'invito ha contribuito a sollecitare le mie risorse interne, a rinforzarmi nella scelta - anomala e apparentemente futile alla mia età - di allargare i miei interessi all'etica e alla biologia. Da questa stagione di studi vi riporterò alcune domande, tre proposte e tre "consigli". Comincio con questi.

Il primo è un film, tanto bello quanto sconosciuto (*io l'ho conosciuto grazie al Gruppo Eventi*), del regista Mike Nichols e con Emma Thompson: "*Wit*" (forza di spirito e senso dell'umorismo, ma tradotto "La forza della mente"). Narra il dramma di una docente universitaria, dalla diagnosi di cancro alla sua morte in ospedale: dramma di una persona ma, insieme, della mancanza di comunicazione tra medici e pazienti. Ho portato la cassetta perché possiate organizzarne visioni individuali o collettive (*ora è disponibile in dvd*).

Il secondo consiglio riguarda quattro libretti. Fra le tante pubblicazioni che invadono gli scaffali delle librerie, ho scelto queste per l'esiguità delle dimensioni e la ricchezza dei contenuti. Di una ho già fatto dono ad alcuni di voi perché è preziosa: si intitola "Medici impazienti. Cinque storie americane su medicina e morale"⁴. Non si trova facilmente. Ne lascio un'altra copia per farla girare. Le altre due sono: la prima sui rischi e gli errori, "Per un ospedale sicuro"⁵; la seconda "Chi decide in medicina"⁶, uno dei testi più chiari finora scritti sul consenso informato. L'autore, Sandro Spinsanti, lo presenta così: "Questo libretto è dedicato ai medici che hanno poco tempo...L'etica ha molto da dire sul profilo che deve assumere la nuova relazione terapeutica. Ma non saranno gli esperti di etica a realizzarla: *gli artefici potranno essere solo i professionisti sanitari*. Questo sapere pratico è loro". *E i malati?* chiedo io. Infine, la splendida

⁴ Indice Internazionale 2000. V. ora altresì: Atul Gawande, *Salvo complicazioni*, Internazionale 2005

⁵ Zadigroma 2003

⁶ Zadigroma 2002

“Lettera a un medico sulla cura degli uomini”⁷, scritta da Giorgio Cosmacini, storico della medicina, e Roberto Satolli, giornalista scientifico, che dovrebbe essere fornita a tutti i giovani medici.

Il terzo e ultimo consiglio è, in un cd realizzato dalla cantautrice Luisa Rossaro⁸, la canzone “Vede, dottore...”. *Ascoltiamola insieme.*

(Scusi, infermiera / aspetto da due ore, / non son la sola / con me c'è almeno una trentina di persone / tutte col tiket pagato / tutte con la prenotazione, / io non vorrei sembrarle scortese / ma ogni minuto, qui dentro sembra un mese.

Signor dottore, / lei è davvero ben gentile / a visitarmi / con tutto quello, tutto quello che ha da fare, / magari potesse farmi la cortesia / di chiudere la porta dello studio / finché son senza, sono senza biancheria.

Vede, anche il dolore / diventa niente / in mezzo a questo andirivieni di gente, / vede, sono io, sono io con il mio male / questo corpo che lei deve visitare.

Grazie dottore, / è stato molto chiaro / e il suo ospedale / è una struttura efficiente, efficiente e funzionale, / solo che io / mi sento come una barca nelle onde, / tutti mi parlano / ma non c'è mai nessuno che davvero mi raggiunge.

Vede, la malattia / non è un incidente, / occupa gli angoli più scuri della mente. / Vede, dottore / dietro i pensieri sciocchi, se si fermasse / vedrebbe i miei occhi.)

La canzone ci dice che l'informazione non è tutto. Ci ricorda che, se è vero che la salute è oggi soprattutto informazione e consapevolezza, il consenso informato è solo un passo, importante ma non esaustivo, della danza comunicativa. Nella quale non bastano le virtù, la sensibilità umana, e non è tanto questione di tecniche. E' solo una canzone, ma si sente che è vissuta, viene da un'esperienza personale. Così come i pazienti sentono se di fronte a loro sta un medico pervaso di onnipotenza, oppure dotato di quella maturazione personale che - come scrivono Cosmacini e Satolli - “passa anche attraverso la cognizione del dolore, della sofferenza e della morte”. Uno di quelli che il filosofo Gadamer ha chiamato “i guaritori feriti”, cioè i curanti consapevoli “della comune matrice umana, corporea e mortale, che unisce, al di là dei ruoli, medico e paziente”. Io ne ho trovato traccia in alcune testimonianze. Per esempio, il giornalista Gigi Ghirotti, raccontando il suo viaggio “nel tunnel della malattia”⁹, ha detto l'amara esperienza d'un amico primario ricoveratosi in corsia. Oppure il film “Un medico, un uomo”, con William Hurt nella parte di un altro primario che, una volta diventato paziente, cambia drasticamente l'organizzazione del reparto. Di “guaritori feriti” ne ho incontrati alcuni in carne e ossa. Anche qui. *E alcuni altri hanno lasciato testimonianza*¹⁰. Eppure sarebbe mostruoso dover attendere che, per riuscire a comunicare con un malato, il medico si ammali e sappia che cosa significa avere un cancro. Quella consapevolezza può e deve passare

⁷ Laterza 2003

⁸ *Cartoline*, Primalpe (Cuneo)

⁹ La stampa, 1994

¹⁰ Eliseo Longo *Un guaritore infortunato*, Janus 2/2001; Alessandro Liberati *Che cosa mi ha insegnato la malattia*, Tempo medico 25.3.2004

anche attraverso un percorso di maturazione fatto di una diversa formazione, una pratica clinica più completa, una versione aggiornata del famoso binomio “scienza e coscienza”. Al quale, piaccia o non piaccia, corrisponde sempre meno quello di un paziente capace solo di incoscienza e riconoscenza. I malati, a loro volta, *ha scritto* Virginia Ciuffini¹¹, dovrebbero essere “feriti guaritori” e sono mediamente meno profani e più proclivi alla pretesa che all’attesa. Capita più spesso che all’arroganza comunicativa, che da sempre contraddistingue il paternalismo medico, peraltro fondata sulla rassegnazione comunicativa dei malati, vengano a contrapporsi atteggiamenti speculari. Col rischio di copiare dagli *USA* la prospettiva di avere più avvocati che infermieri al capezzale.

Domandiamoci: c’è forse, nella pressione che emerge dalle corti di giustizia, nel magma che rischia di bruciare le speranze di comunicazione tra medici e pazienti, un qualche bisogno atavico di resa dei conti? Forse sì, è probabile, non vale nasconderselo. E allora, come si fa a comunicare, a intendersi senza litigare tra “camicie & pigiama”? Come ho scritto nella *Lettera a un ospedaliere* pubblicata nel libro “Assenza, più acuta presenza”, occorre che impariamo anzitutto a comunicare con noi stessi, come persone e come categorie. I *camicie*, chiamati a fare i conti con il tabù degli errori e il mancato confronto con gli altrui pareri, a cominciare dagli infermieri. I *pigiama*, chiamati a dar conto della propria ignoranza, che idolatra i dottori, passando da “amore e timore” al rancore. Ma, prima di arrivare alle proposte, siccome ho premesso di essere un paziente un po’ speciale, ho il dovere di esplicitare la mia equazione personale, fatta di esperienze e valori. Ho svolto ricerche sui conflitti nei servizi, la loro produttività e qualità, i rapporti con gli utenti: nell’assistenza sociale, nella giustizia minorile, nella previdenza e nella sanità. Nell’86 ho pubblicato un libro sulle forme di lotta nei servizi alternative allo sciopero¹². Nell’introduzione, scritta mentre assistevo impotente alla morte atroce di un amico ricoverato a Roma, mi chiedevo (e tuttora mi chiedo): per quali mai perverse ragioni tante buone persone e tante brave professionalità, mediche e “paramediche”, troppo spesso si rovesciano - una volta messe insieme nell’istituzione sanitaria - in un meccanismo che rischia di distruggere la loro dignità e quella dei pazienti loro affidati?

Per mettere sotto controllo la variabile *efficienza* (la battuta era: “ovvio, sei incappato nella disorganizzazione romana”) l’anno dopo andai a operarmi di ernia inguinale all’ospedale civile di Parma, di cui sapevo l’efficienza. L’operazione è perfettamente riuscita, ma io ho patito proprio le ingiurie dell’efficienza. Avevano trascurato di comunicarmi il piccolo particolare che, dopo l’intervento, avrei dovuto starmene disteso per varie ore a smaltire i veleni dell’anestesia spinale. Per cui mi sono mosso, cominciando a soffrire un

¹¹ *Forte vento sulla casa rosa*, Sperling & Kupfer 1995

¹² *Scioperare stanca*, Adda

devastante mal di testa. Ma ero un'ernia ottimamente operata, mentre il mal di testa non si vede. Così, l'organizzazione mi infliggeva le offese della sua efficienza: luci, rumori, odori.. Insomma, ho cominciato a intuire, sulla mia pelle, che l'efficienza è una condizione necessaria ma non sufficiente. Ci vuole anche l'anima: la comunicazione. E proprio lì fui introdotto ai misteri di quella ospedaliera: un'infermiera m'aveva invitato a seguirla per fare la *tricotomia*. Avendo studiato il greco, ricordavo che *tomia* vuol dire *tagliare*. Ma, nell'ansia pre operatoria, non ricordavo il significato di *trico*: "Che cosa mi vuole tagliare?" "Ma i peli! Cos'altro crede?" "E perché non parla come mangia? Perché non dice *rasare i peli* o *depilare*?" "Perché qui si dice così".

Dieci anni più tardi ebbi l'opportunità di fare un altro passo nel mondo della comunicazione medico - paziente: la radiologa, consegnandomi il referto dell'ecografia pelvica, disse: "Purtroppo è positiva" "Perché *purtroppo*?" "Perché non va bene" "E allora perché dice *positiva* invece di *negativa*?" "Perché in medicina si dice così: *positivo* se hai il cancro, *negativo* se non ce l'hai". Così seppi di avere il k alla vescica. Un figlio, sentita la redazione scientifica dell'ANSA, mi spedì qui dagli inventori della VIP, la *vescica ileale padovana*, in un Istituto con una produttività didattica e terapeutica così intensa da rischiare la spersonalizzazione dei malati, se non fosse stata temperata dalla umana disponibilità del personale (medico e infermieristico, tecnico e amministrativo). Qui ho avuto conferma che, per curare, per prendersi cura, l'efficienza (come il consenso informato) è condizione necessaria ma non sufficiente¹³.

Intanto, da sociologo studioso della organizzazione sono precipitato a malato utente di quella sanitaria. Da professionista a *pigiama*. Dapprima profano, ignorante, esitante. Poi via via paziente più esigente e più informato: innanzitutto dagli altri *pigiama*, poi dai *camici* e da internet. Quindi, solo da poco - nonostante un altro messaggio "positivo", il carcinoma prostatico - sono tornato a essere uno studioso in cura per k, che tutto sommato ha avuto una grande occasione di ricerca sul campo. E ha deciso di fare della sua disavventura personale un'opportunità: tramutare la sofferenza privata in pubblica ricerca per una migliore comunicazione tra medici e pazienti. Ed eccomi qui, proteso in avanti. Qualcuno dice che è solo una pretesa, un'illusione. Ma intanto sono passato dalla protesta alla proposta di comunicazione. Ho insomma l'ambizione di non limitarmi a predicare i buoni principi ma di "praticare" l'obiettivo, di provarci, mettermi in gioco. Ovvero di applicare le linee guida che nell'86 avevo intravisto per le forme di lotta nei servizi. Visto che avete appena partecipato all'ennesimo sciopero (*da febbraio ce ne sono stati altri tre*) le riassumo in 3 slogan. Avete buone ragioni, ma non credo che il fine giustifichi i mezzi, che per

¹³ v. Associazione camici & pigiama *Caro Medicus...* Fratelli Frilli 2002, p. 51

difendere il servizio sanitario nazionale sia giusto paralizzarlo. Servono forme alternative che contengano:

- più proposta che protesta;
- più tensione morale che astensione fisica;
- più attenzione agli utenti che ai regolamenti.

Anche allora qualcuno replicò: “Ma cosa proponi al posto dello sciopero?”.

Propongo di prendersi delle chiare responsabilità personali, di immettere quanti più elementi di ricerca nell’attività di cura, cominciando a sperimentare un nuovo modo di lavorare, almeno come forma di lotta sindacale. Da svolgere con “il cuore vigile”, per dirla con lo psichiatra Bruno Bettelheim: quel cuore vigile che permise a lui e a Primo Levi di sopravvivere al *lager* nazista. Perché non potrebbe funzionare in una istituzione ospedaliera sempre meno chiusa? In una professione che nasce da una triplice tensione morale: alla giustizia, a fare bene e a rispettare il prossimo? Anche se non basta una morale interna: l’etica è cosa aperta, non riducibile a etichetta, ai codici deontologici. Di recente ho letto una dichiarazione del segretario dei Medici Generali: “i medici di famiglia, di fronte allo scarico di responsabilità di Governo e Regioni e alle carenze emerse con *l’aumento della mortalità nella popolazione anziana, conseguente al gran caldo*, aderiranno allo sciopero”. Ho scritto una lettera ai giornali. Chiedevo: “dove erano quest’estate i medici di famiglia che avevano in cura i 7.659 vecchi morti, più per l’aridità della società che per l’arsura della natura? A che è servito il codice deontologico? Perché, in occasione delle vertenze non ci usate da alleati invece che da ostaggi? Forse siete convinti di farci del bene proprio scioperando, visto che negli USA, durante uno sciopero dei medici, è diminuita la mortalità?”. La lettera non è uscita ma le domande restano aperte.

Compresa quella sull’apparente natura iatrogena dei medici americani. Se così fosse, tanto varrebbe dar ragione a Ivan Illich (*Nemesi medica*), e chiudere bottega. Invece no. E’ vero che, stando alle indagini, ovviamente anglosassoni (da qualche tempo anche italiane) pare si muoia di più nelle corsie d’ospedale che in quelle d’autostrada e che ogni anno nei soli USA muoiano centomila persone a causa di reazioni avverse ai farmaci; ma il dato americano sulla diminuita mortalità in corso di sciopero potrebbe significare che nei malati, anche nei casi più gravi, persistono potenzialità e autonome risorse che emergono in situazioni, appunto, d’emergenza. Mi chiedo allora: quanto sarebbero benefiche queste risorse interne se conosciute e potenziate dai medici in via ordinaria attraverso le relazioni terapeutiche quotidiane? (*Per esempio, Terzani ricorda una cosa “che la scienza non è in grado di capire: il solo pensiero di una persona, la cui esistenza giustifica la propria, è di per sé una medicina che prolunga la vita”*). Uno dei paradossi della comunicazione è che l’ipercontrollo biomedico e amministrativo induce la perdita di controllo complessivo dell’iter di cura. Mentre il paziente ha un’esigenza di affidamento fortissima che però non è disposto a

concedere a priori, il medico per negoziare la fiducia avrebbe bisogno di molto tempo che però l'azienda non concede. Soprattutto oggi che la relazione si è allargata: con l'ingresso dei media nella informazione sanitaria s'è fatta triangolare. E voi medici dovrete fare anche i divulgatori, educarci ad autoeducarci, per non rimanere autodidatti forzati.

“Nessun mercato – scrivono l'epidemiologo Paolo Vineis e l'economista Nerina Dirindin¹⁴ – è caratterizzato da *asimmetria informativa* quanto quello sanitario: vi è cioè un enorme divario tra le conoscenze possedute dal produttore e quelle possedute dall'acquirente... anche il medico soffre di carenze informative e inevitabilmente opera tenendo conto di fattori estranei all'interesse del paziente”. Tanto più che il modello della malattia come parentesi chiusa dalla guarigione, cui corrisponde il malato che “comincia a guarire quando obbedisce al medico”, funziona solo in una minoranza di situazioni, le acuzie. Ormai, il 70-80% di tutti i ricoverati hanno più patologie. E nell'80% dei casi la “guarigione” è quella sufficiente per continuare a vivere, cioè a convivere con una malattia cronica: cui corrisponde il medico “montessoriano” che aiuta il malato a curarsi da sé: grazie all'ascolto attivo e terapeutico, reciproco. Eppure, come ci ricordano gli stessi autori, il problema dell'assistenza ai malati cronici e a quelli non autosufficienti è ancora trascurato da una medicina alla ricerca di prestigio personale e gratificazione economica e da una struttura della spesa notevolmente sbilanciata verso la componente per malati acuti. *E sull'ascolto si esprime bene il medico Martin Winckler¹⁵: “ Non basta ascoltare, bisogna sforzarsi di capire. Non basta pensare di aver capito, occorre accertarsi di aver capito proprio quello che il paziente intendeva dire.. Le frasi, le parole, i termini apparentemente più comuni, quando vengono pronunciati da un medico o da un paziente, non hanno forse sempre un duplice significato?”. E conclude: “Come fare perché i medici ci ascoltino? Come fare in modo che capiscano quel che diciamo? Ascoltare non significa obbedire, significa capire. Volete che i medici vi ascoltino? Ascoltateli anche voi e vedrete che sono persone come le altre: hanno pregiudizi, angosce, speranze, ambizioni, vanità, paura di sbagliare. Non sono affatto sicuri del loro sapere e del loro potere e sono spesso terrorizzati all'idea che qualcuno possa rendersi conto della loro impotenza. Ascoltateli e scopriteli per quello che sono”.*

Non solo. Se è vero che l'informazione è circolare e il paziente non è un vaso da riempire, è pur vero che quando ci ammaliamo regrediamo, fisiologicamente e psicologicamente. Torniamo neonati, pieni di ansie e aspettative, a volte di terrore, bisognosi di aiuto e protezione. Possiamo recuperare, certo, ma all'inizio e *in ogni ricaduta* è proprio così. Voi sapete bene che non c'è peggior sordo di chi soffre e ha paura e che il non detto condiziona il risultato della consultazione. Inoltre, c'è anche la vostra fragilità, la fatica dei tecnici. Uno psichiatra, dopo aver intervistato molti medici, ha individuato un

¹⁴ *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi 2004

¹⁵ Nel libro intitolato *E' grave, dottore?*, Feltrinelli 2004

altro paradosso: “fare il medico aumenta la paura di morte e questa paura la si attenua facendo il medico che guarisce”. *Ma, come ha scritto lo stesso Martin Winckler, “L’umiltà non viene insegnata nelle facoltà di medicina. Nessuno insegna ai futuri medici che le loro fantasie sessuali, le loro angosce di malattia e di morte, influiscono continuamente sulla loro pratica e che essi avrebbero tutto l’interesse a prenderne coscienza”.* Il “*British Medical Journal*” ha aperto un dibattito: “Perché i medici sono tanto infelici?”. La risposta più diffusa è stata la cosiddetta *sindrome del criceto*, la sensazione di “dover correre sempre più in fretta per rimanere fermi”, ovvero “la divaricazione tra gli obiettivi per cui i medici sono stati addestrati e ciò che i pazienti si aspettano da loro”. Ricerche svolte in Svizzera, paese con una medicina efficiente (per esempio: sugli “*Annals of Oncology*” si legge che il tasso di sopravvivenza per il tumore alla prostata lì arriva al 71,4% rispetto al nostro 47,4), rivelano che i medici locali, per sé e i familiari, ricorrono al chirurgo assai meno di altre categorie, e addirittura che la frequenza dei suicidi tra loro supera del 70% la media della popolazione. Possibile che l’efficienza abbia questi costi? I risultati della medicina vanno valutati da due versanti: le risorse investite (l’efficienza) e gli obiettivi (l’efficacia). L’obiettivo della sopravvivenza dei malati può prescindere da quella dei curanti?

Ma lasciamo le domande e veniamo alle proposte. Siccome resta poco tempo, non tratterò una serie di aspetti che è quasi scontato collegare alla comunicazione per soffermarmi su quello, assai meno scontato, su cui ho chiesto di titolare questo incontro. Mi limito a citarli, sempre visti dalla parte del paziente, il secondo di cordata. Alla base di tutto ci sono la *formazione* e il *linguaggio*. La prima è carente, spesso ancora assente sul piano bioetico e comunicativo. Occorre migliorare innanzitutto quella universitaria, certo. Ma secondo me non esistono un luogo e un tempo deputati alla formazione: bensì è nella pratica clinica, in quella ospedaliera in particolare, l’esperienza continua di formazione. E’ qui, nel contatto e nell’ascolto quotidiano, che potreste e dovrete rimediare al vuoto curricolare. Qui, dove la formazione o è reciproca, cioè vostra e dei vostri pazienti, o non è. Da questo punto di vista il ricovero è tuttora un grande spreco. Anche a causa del linguaggio: il vostro, che dovrebbe essere terapeutico, è un gergo criptico, retorico, usa parole di guerra invece che di consolazione. All’università si impara che “è importante la definizione nosologica di ogni malattia, indipendentemente dalla persona, dal suo vissuto e dal suo modo unico, peculiare e irripetibile di ammalare”. La vostra *pratica*, che è fatta di poche certezze e molti pareri, nega l’errore e ignora il consulto, il confronto con altri specialisti, medici di base, tecnici e infermieri. Così il nostro linguaggio, quello dei malati, resta misero e dipendente. La nostra pratica quella del credente. Di norma siete disposti a riconoscere che i pazienti possedano, appunto, *credenze* ma non *competenze*. *Le pecche della vostra pratica, secondo il collega Winckler, sono la “eccessiva fiducia in una tecnologia sempre*

più sofisticata” e “il sospetto quasi sistematico nei confronti dei pazienti il cui quadro clinico non rientra nelle griglie prestabilite”.

Un grande antropologo medico, Byron Good, ha dedicato studi¹⁶ a “come la medicina costruisce i propri oggetti”, cioè “descrive il corpo umano e la malattia secondo tratti culturalmente peculiari”: le pratiche della conoscenza degli studenti di medicina, dice, sono “modi specializzati di vedere, scrivere e parlare” che “formulano la realtà in un’ottica specificamente medica”, cioè biologica. Per esempio: l’*anamnesi*, centrale nel processo comunicativo, spesso unica occasione di un vero incontro tra medico e malato, si riduce a una prassi sciatta, burocratico/poliziesca e riduttiva, da affibbiare agli ultimi arrivati invece che da affidare ai più esperti nell’arte dell’ascolto maieutico, quello che aiuta il paziente a narrare la sua malattia, *come spiega bene l’antropologa Marianella Sclavi*¹⁷. Oppure le *presentazioni* al giro visita, in cui “il soggetto della sofferenza viene rappresentato come il luogo della malattia piuttosto che come agente narrante”, della cui presenza e partecipazione si può anche fare a meno. Ancora, la scrittura della *cartella clinica*, tuttora affare riservato escludente la comprensione del paziente e la responsabilità degli infermieri.

Le stesse perplessità permangono verso il *consenso informato*. Oggi non viene più considerato “un’americanata che non ci riguarda”, però spesso resta “qualcosa che, nella migliore delle ipotesi, è da aggiungere alle proprie idee e alla propria prassi, ma che comunque non pare scalfirle minimamente”. E’ vissuto alternativamente come capestro o come copertura legale, cioè scarico di responsabilità; tanto che un noto medico legale sostiene che “bisognerebbe addirittura abolire i moduli e imporre, invece, la documentazione di un rapporto reale, di un’informazione precisa”. Per fortuna stanno uscendo sempre più lavori seri, anche per l’urologia, che aiutano a elaborare meglio i modelli. Come ricercatore ho ricevuto materiale informativo eccellente che come paziente non avevo mai conosciuto. Ma, dal punto di vista etico, è essenziale l’effettività dell’informazione, non la sua forma: non ci sono modelli fotocopia di consenso perché non ci sono modelli fotocopia di paziente.

Eccomi dunque alle proposte conclusive.

La prima riguarda il controllo e l’analisi dei rischi e degli incidenti, per trattare l’errore non come colpa del singolo ma come sintomo di una disfunzione organizzativa, a volte sistemica. Saper riconoscere un proprio errore è un elemento importante della fiducia che deve alimentare il rapporto terapeutico. Ma saper trasformare l’errore in esperienza è ancora più importante. Il sistema medico americano ha saputo farne “un punto di forza della crescita della pratica clinica”, grazie alle Conferenze settimanali sulle malattie e la mortalità in cui si

¹⁶ *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Comunità 1999

¹⁷ *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Bruno Mondadori 2003. V. ora: *Ascolto attivo e seconda modernità*, in “Risonanze all’ascolto”, *Riv. Psicol. Analitica*, 19/2005

esaminano le procedure che hanno portato alla morte di un paziente e le terapie che non hanno dato i risultati attesi: nessuno viene colpevolizzato e tutti vengono aiutati a non ripetere gli sbagli. Perché non farle anche qui?

La seconda riguarda i rapporti con i pazienti una volta dimessi: esiti istologici, terapie, indicatori di qualità della vita, informazioni varie e reciproche che a volte sarebbero urgenti. Anche qui si tratta di costruire e mantenere un ponte tra l'unità sofferente, la sua comunità e l'unità curante (per me e per i miei io sono *unico*, per voi sono *uno*, uno dei tanti). Già due anni fa, da paziente residente lontano che faticava a comunicare con stabili interlocutori, mi rivolgevo al direttore in questi termini: "La nota efficienza della Clinica Urologica, che ha l'ambizione e il merito di richiamare malati da ogni regione, esige una capacità comunicativa adeguata: chiara, completa e tempestiva. Ritardi e disguidi, come quelli capitati a me, stridono con la felice produttività terapeutica e insidiano l'affidabilità". Esiste un telefono per certi orari, ma ai pazienti sarebbe necessario un presidio con più continuità e flessibilità degli strumenti comunicativi: un'e-mail reattiva e autorevole; un uso più disinvolto di fax e telefono; un sito internet davvero disponibile che, con le dovute garanzie, consenta e favorisca la collaborazione tra i vari medici curanti. Altrimenti il paziente continua a sentirsi come un mozzo che, attraverso i raggi, congiunge vari specialisti che gli ruotano intorno ma non comunicano tra loro.

La terza e ultima proposta si può sintetizzare in modo scherzoso per arrivare a concludere con considerazioni serie: perché non organizzate, non organizziamo, una bella associazione di operati di tumore alla prostata? Esistono enti meritori, ma non ho ancora trovato organismi come quelli cui hanno dato vita le donne operate al seno e le persone "stomizzate". Una in più farebbe bene a tutti, ai pazienti come ai medici. E spiego perché. Le critiche alla medicina come esercizio di potere si sono concentrate sul medico da due versanti: quello verso i pazienti ("padre padrone") e quello verso i potenti produttori di farmaci o tecnologie e i gestori di aziende di cura o assicurazione ("servitore di due padroni"). La cultura anti-autoritaria, nell'incontro con quella anglosassone dei diritti e dell'autonomia, ha dato vita al consenso informato. La diffusa istanza di "umanizzazione" della medicina sembra invocare meno tecnica e meno scienza. In realtà occorrono più umanità e più scienza. La vostra scienza va arricchita con il "sapere delle relazioni", che non è esterno alla professione medica. Il vissuto dei pazienti li fa diversi uno dall'altro e comporta risposte diverse al medesimo protocollo. "L'ostacolo maggiore alla comprensione reciproca consiste nella natura intrinsecamente statistica della conoscenza e ancor più del ragionamento medico", che fa correre il rischio di trascurare come rumore di fondo informazioni essenziali e di perdere la "ricchezza di sapere" che ogni caso individuale porta con sé.

Inoltre, nella mia esperienza di ricercatore ho compreso il rischio di ridurre le ipotesi, i ragionevoli dubbi, a idealtipi. Cioè di innamorarmi della diagnosi del

fenomeno da me elaborata e di non cogliere più i segnali divergenti. E' quello che spesso capita anche a voi. Mentre è proprio al dato divergente che bisognerebbe dedicare il massimo di sensibilità e attenzione, cercando di falsificare le ipotesi per vedere se reggono, invece di accanirsi a verificarle, ignorando ciò che le contraddice. Un altro rischio che corre il paziente è quello di essere ridotto al dato biologico, alla malattia, se non agli organi colpiti: una volta la vescica, un'altra la prostata; di non sentirsi trattato come una persona intera, dotata di corpo e spiritualità. Si discute sempre più e meglio del "dolore inutile". Ma la sofferenza va oltre il dolore fisico. L'indifferenza è la causa delle più acute sofferenze di tanti malati come di tanti curanti. *"Il malato soffre più dei suoi pensieri che della stessa malattia"*. Secondo un'oncologa dell'Istituto nazionale tumori, sarebbe necessario raccogliere e incorporare la *storia spirituale* dei malati all'interno della storia medica standard. "Le opinioni dei medici e dei profani sulle cause e i significati delle malattie sono lontane"; ma "le idee dei pazienti, per quanto divergenti, non sono senza capo né coda; anzi.. consentono di dare un senso alla salute e alla sua perdita". Di più. Se il medico è competente sulla malattia, il malato è l'unico competente a dire come la vive e la soffre, il miglior esperto di se stesso, più di ciò che è in grado di esprimere. *Solo il paziente sa quali sintomi accusa e la descrizione dei sintomi è varia quanto i pazienti stessi*. Se il malato deve saper imparare dal medico le informazioni sulla malattia e la cura, il medico deve saper imparare dal malato le informazioni su come lui vive la malattia e la cura (*secondo Massimo Tombesi, se il paziente non sempre ha ragione, ha sempre almeno una ragione*). Il nostro può diventare un incontro tra esperti con diverse competenze: quella di ascoltare il più possibile senza pregiudizi e quella di definire in maniera il più possibile precisa il proprio malessere. Altrimenti non si spiega la crescita costante di pazienti che si rivolgono ad altri "santuari", alle medicine non convenzionali. Ma perché? Forse perché in quel contesto curante e curato s'interrogano insieme sul male e la cura? *Un paziente che ha percorso e descritto questo viaggio, con scrupolo, determinazione e onestà intellettuale è Tiziano Terzani. Consentitemi quattro brevi citazioni dal suo ponderoso e ironico resoconto a proposito dell'approccio con la medicina occidentale:* "anche i miei medici tenevano conto esclusivamente dei fatti e non di quell'inafferrabile *altro* che poteva nascondersi dietro i fatti, così come i cosiddetti *fatti* apparivano loro. Io ero un corpo: un corpo ammalato da guarire. E avevo un bel dire: ma io sono anche una mente, forse sono anche uno spirito e certo sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri ed emozioni che con la mia malattia hanno probabilmente avuto un sacco a che fare! Nessuno sembrava volerne o poterne tenere di conto. Neppure nella terapia. Quel che veniva attaccato era *il* cancro, un cancro ben descritto nei manuali, con le sue statistiche di incidenza e di sopravvivenza, il cancro che può essere di tutti. Ma non il *mio*!" .. "Non persi la fiducia nei medici a cui mi ero affidato, anzi. Ma più li conoscevo più sentivo che erano come violini cui mancava una corda" .. "l'esperto di turno non veniva a toccarmi o ad auscultarmi. La sua

attenzione era rivolta esclusivamente ai pezzi e neppure ai pezzi in sé, ma alla loro rappresentazione, all'immagine che di quei vari pezzi compariva sullo schermo del suo computer" .. "I medici che oggi escono dalle nostre università pensano ormai esclusivamente in termini di malattie, non di malati. Il paziente è il *portatore* di un male, non è una persona inserita in un suo mondo, con o senza una famiglia, felice o infelice del suo lavoro.. ”.

Tuttavia non si tratta solo del mio diritto a essere preso in cura, a essere informato e ascoltato, a esprimermi sul modo in cui vivo la malattia. C'è anche il mio diritto/dovere di contribuire ad accrescere, proprio come paziente, la scientificità della relazione terapeutica. La quale “quando funziona, non produce solo una cura ma anche un *sapere*, la cui utilizzazione e circolazione non è codificata”, un sapere nuovo, condiviso, prodotto dell'incontro tra competenza disciplinare e sapere di sé. Nella relazione “si gioca la possibilità per la medicina di essere veramente una scienza perché entrano in campo due competenze”. Purché si tengano presenti la disparità di ruoli e la pari necessità di garantire due condizioni: autonomia e ricerca.

Autonomia: per riuscire a rispettarla nei malati dovrete essere aiutati a riconoscere e recuperare la vostra, innanzitutto nei confronti del mercato della salute. Come ha scritto una dottoressa del gruppo *Ipazia* nel libro¹⁸ che mi ha suggerito il titolo di questa conversazione: “Alcuni medici hanno rinunciato alla responsabilità di sentire con le loro orecchie e mani e di vedere con i loro occhi, sono diventati esecutori anonimi delle industrie farmaceutiche e dei macchinari diagnostici.. Si sono, in una parola, spogliati della loro competenza: come possono sospettare che i loro pazienti ne abbiano una?”.

Ricerca: senza spirito di ricerca, si finisce per “appiattare un universo umano su poche regole generali”. Un'altra delle autrici del libro, scienziata del CNR e malata, scrive: “ho toccato con mano quanto la mancanza di una disposizione alla ricerca renda nei fatti scarsamente *scientifica* la medicina”: la pratica di includere la persona malata, anzi una sua parte, all'interno di uno schema già prefissato di catalogazione “prescinde dalla *relazione* come luogo e momento in cui si sperimenta un metodo, un'ipotesi, cioè si fa ricerca”. E aggiunge: “Ho pensato a lungo se, come paziente, avessi anch'io qualche tipo di competenza; la mia vicenda mi induce a credere che esiste.. Molti medici hanno *scoperto* la relazione col paziente, nella quale ci si impone di essere gentili, mostrare disponibilità e comprensione, ascolto, ma il più delle volte ciò si traduce in un modo formale e distaccato di restare ognuno al proprio posto. Una vera e propria capacità di lettura relazionale, importante tanto quanto quella chimico-fisica, e una propensione per la ricerca, è un patrimonio scientifico di pochi. La disumanizzazione in campo medico non è frutto di un eccesso di scientificità, bensì di un difetto.. Sperimentare, decidendone i criteri, mettendo alla prova le proprie conoscenze, affinché queste riescano a contenere anche quel caso unico, che non è solo sintomi, ma un insieme di vissuto, memoria, esperienza, che proviene da un passato e che avrà un futuro, significa trovare le parole per dire ciò che spesso già avviene nella pratica clinica. Trovato il modo di dirlo, è possibile poi diffondere i risultati perché diventino sapere

¹⁸ *Due per sapere due per guarire*, Libreria delle donne 1997

condiviso e misura fra quanti operano nelle stesse condizioni, evitando che tutto rimanga circoscritto in un inutile soggettivismo: non è questo che fa ogni ricercatore?”.

E torniamo alle organizzazioni dei pazienti. Se ai medici servirebbe potenziare più la formazione che la deontologia professionale, a noi pazienti serve comunicare sia verticalmente che orizzontalmente tra noi. Non solo per imparare l'arte di trattare col medico, per rassicurarci e rafforzarci, che già ci farebbe bene. Bensì per elevare il livello di consapevolezza e costruire un patrimonio culturale condiviso, fatto di esperienze di cura e comunicazione, che consenta di ridurre l'ignoranza, di avere un confronto con la scienza medica, di pensare interventi, terapie, strade diverse, nel merito e nel metodo di cura e di comunicazione. Non è utopia. L'hanno fatto operai e tecnici nelle lotte contro la nocività in fabbrica (*per la "validazione consensuale"*), l'hanno sperimentato le donne nelle lotte contro gli aborti clandestini e nei consultori, lo stanno facendo gli attivisti Aids nei centri di studio e cura di vari paesi: i progressi terapeutici sono stati ottenuti anche con l'interazione tra il sapere scientifico e il sapere acquisito dai malati. In quanto persone dotate di conoscenze (in merito, per esempio, agli effetti dei farmaci sul loro organismo), hanno trasformato diversi aspetti della prassi scientifica, anche il modo in cui si guarda alla malattia. In generale tutte le associazioni di malati sono un "luogo di mediazione tra pazienti e medicina", svolgono un ruolo propositivo, danno un impulso alla ricerca anche sulla base dei dati epidemiologici dei propri soci. Insomma, medici e ricercatori hanno una fortuna insperata ad avere una fonte così mirata di informazioni, un impegno da cui nasce un tipo di competenza di cui pure qui potreste avvalervi. Ecco il senso della mia proposta. Ci proviamo?

Concludo con un auspicio. All'ultimo incontro scientifico su "il linguaggio della ricerca", nella giornata nazionale per la ricerca sul cancro, ci è stato spiegato che anche il cancro rappresenta una patologia della comunicazione molecolare su cui si può intervenire e che sono allo studio terapie genetiche personalizzate. Sono intervenuto per chiedere agli eminenti scienziati: "Che ne sarà delle migliori terapie (genetica, antibatterica o antivirale), in assenza di una giusta comunicazione relazionale tra curanti e curati, tra operatori e operati? Potrebbero essere controproducenti. Siccome noi - come dice il poeta - *siamo un colloquio*, siamo fatti di geni e relazioni, di biologia e biografia, la cura della comunicazione genetica non presuppone e non richiede anche quella della comunicazione bioetica?". Secondo lo storico della medicina Mirko Grmek¹⁹ oggi si parla di informazione come portatrice di senso, del senso della vita. La comunicazione è elemento costitutivo non solo della cultura ma anche della natura, del mondo, dell'universo. Ma l'informazione non esiste per se stessa. Un messaggio, come quello del genoma, non ha senso se non c'è qualcosa o

¹⁹ *La vita, le malattie e la storia*, Di Renzo 1998

qualcuno (la cellula vivente) che possa leggerlo e decifrarlo. Inoltre, si possono curare sempre più mali, “vincere sempre più battaglie, ma non la guerra contro le malattie: che restano un modo inevitabile di esistenza, una esperienza dura e inevitabile della vita”. La quale assume senso e valore solo se è animata di autentica comunicazione. Quello che serve tra pazienti e medici non è un rapporto materno, caritatevole, amicale, e tantomeno un rapporto formale, meramente contrattuale, ma un nuovo patto scientifico e morale (il “*British Medical Journal*” ha parlato di nuovo “contratto sociale”). Una collaborazione che parta senza demagogia dalla presa d’atto delle asimmetrie di potere e dei rischi di reciproca sudditanza, per dar vita a un patto basato sulla reciproca fiducia, che aiuti i pazienti a far parte dell’équipe che li cura.

Cosmacini e Satolli citano, tra i film in cui compaiono figure emblematiche della vostra professione, “Il posto delle fragole” di Ingmar Bergman. *L’abbiamo visto e discusso al Gruppo Eventi*. Il protagonista, un anziano medico, ha un incubo. Sogna di dover superare un esame. Gli viene chiesto qual è il primo dovere del medico e non sa la risposta. L’esaminatore gli ricorda con severità: “Il primo dovere del medico è chiedere perdono”. Perché? Forse per “il privilegio di nutrirsi della ricchezza dei pazienti, entrando nelle loro vite attraverso la porta della sofferenza”? Non so, così come non so se “perdono” sia la parola giusta. Lo stesso “*British Medical Journal*” ha preferito “etica dell’ignoranza”, cioè la coscienza dei limiti e delle carenze, personali e della medicina. Da paziente esigente, innanzitutto con me stesso, vorrei che i malati, meglio se organizzati, si ricordassero che il loro primo dovere - se si vuole davvero rinnovare un patto epocale come quello che ci sta davanti - è quello di “concedere il perdono”: cioè prendersi la propria parte di responsabilità della malattia e della cura, informarsi, uscire dall’ignoranza e dalla rassegnazione comunicativa. Io per riuscirci, perché è più duro dare che chiedere perdono, ho fatto il master: ho capito che senza etica non c’è scienza e viceversa e ho verificato che lo studio rigoroso e una sana conflittualità, trasparente, non violenta, per riuscire a conquistare brandelli di comunicazione autentica - ossia di comune ricerca, vera e buona - con i miei curanti, è attività terapeutica. E grazie a ciò sono in grado di “perdonare” esitazioni, errori e indifferenze. Sperando che voi perdoniate la mia supponenza. Buon lavoro.

APPENDICE

La “lezione” a Padova è stata accolta bene, anche se è stata criticata come eccessivamente ottimista. A me ha giovato: non sono più un numero, ho un nome (addirittura un titolo, mi chiamano “professore”) e maggiore ascolto. Qualcosa del seme ha fruttato, visto che il 20 maggio un Aiuto mi ha inviato questa e-mail: “Egregio, come vedrà ad aver pazienza si ottiene qualcosa! Lei aveva chiesto di organizzare una associazione pazienti

con carcinoma prostatico. Abbiamo preso tempo. La ragione è che, d'accordo con il prof. Pagano, abbiamo in corso di valutazione una iniziativa nord-americana ed europea che si sta estendendo all'Italia. L'associazione, definita Pronet, è supportata in parte da Astra Zeneca come attività etica, senza rapporto di dipendenza o commerciale. A giugno si riuniscono a Parigi e ci hanno proposto di fare da *hub* per l'iniziativa italiana. Prima di partire occorrerebbe *vedere*. Vuole darci una mano? Se sì, le invierò tutta la documentazione e la metterò in comunicazione con gli organizzatori. Io non credo di poter andare a Parigi ma potrebbe andarci lei in vista di una riunione organizzativa in Italia. Crediamo che il rapporto medico paziente sia fondamentale e desideriamo creare un gruppo di riferimento nazionale a Padova. Ci faccia sapere. A settembre organizziamo un convegno sul carcinoma prostatico. Se si fa l'associazione pazienti sarebbe bello coinvolgerli come osservatori e lanciare l'iniziativa italiana". Ho risposto confermando il mio interesse ma ricordando il piccolo particolare che purtroppo per tutto giugno sarò sottoposto e vincolato alla radioterapia da loro stessi prescritta. Sempre che non decida di sospenderla. Comunque andrò al convegno.

Nel frattempo mi ha consolato la lettura sul Corriere della sera (12 maggio) di un articolo di Umberto Veronesi intitolato "Il dialogo con il malato è la prima terapia". Siccome uno studio europeo aveva stimato in soli 18 secondi il tempo che intercorre tra l'inizio del racconto del paziente e il primo intervento del medico, che in genere lo interrompe e formula subito una diagnosi, a Milano è nato un Centro diretto dallo psichiatra Egidio Moja per cercare di migliorare la comunicazione e la relazione in medicina. Scrive Veronesi: "Non si deve e non si può concentrare lo studio della medicina solo sullo studio delle malattie. E' indispensabile ragionare anche su come creare e mantenere un rapporto con il paziente e su quanto sia importante curare lo spirito oltre che il corpo. Nell'Università prima, nell'ambulatorio e nell'ospedale poi, il cambiamento deve essere radicale". E il giornale chiosa: "Nella nuova visione bisogna intendere il medico come un esperto della malattia e il paziente come l'esperto della *sua* malattia: dunque tra i due avviene un incontro tra due esperti". E così, almeno a parole, abbiamo ritrovato il filo e il titolo di questa fin troppo lunga conversazione. Grazie dell'ascolto e speriamo bene.