

NOTE DI RIFLESSIONE SULLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

(Dott. Salvatore Lumia)

INTRODUZIONE

Il rapporto tra medico e paziente è da sempre un rapporto che implica aspetti molteplici che spesso oltrepassano l'aspetto medico.

Il modello di rapporto di tempi passati, di tipo paternalistico, fondato su una relazione gerarchica dell'autorità del medico rispetto ad una posizione subalterna del paziente, è ormai superato, divenendo un rapporto di tipo contrattuale, con tutti i pro e i contro che un rapporto di questo genere può avere.

Interessante la lettura del seguente editoriale pubblicato sull'ultimo Bollettino dell'Ordine dei Medici di Bologna

Anche i malati hanno sogni

Alessandro Nobili

Negli ultimi tempi i media si sono occupati ripetutamente della tendenza, da parte di molti connazionali, ad utilizzare la medicina omeopatica o più in generale alternativa rispetto alla medicina cosiddetta ufficiale.

Hanno fatto da catalizzatori alcuni episodi di cronaca, tra cui recentemente quello dello sfortunato bambino deceduto per le complicazioni di una otite curata, per così dire, con farmaci alternativi invece che con antibiotici.

Anche Massimo Gramellini, da un po' di tempo editorialista sul "Corriere della sera", ha voluto dire la sua.

“Anche se fosse solo acqua fresca – scriveva Gramellini – resta da capire perché decine di milioni di europei si abbeverino all'omeopatia. La diffusione delle cure alternative segnala un disagio che la scienza ufficiale sbaglia a sottovalutare.

Non è sfiducia verso la medicina, ma verso certi medici.

Negli ultimi decenni l'omeopatia ha riempito il vuoto lasciato dal medico di famiglia, un po' dottore ed un po' confessore.

Quello che cominciava la visita chiedendo 'come va?' e uno partiva dal pretesto del mal di schiena per rovesciargli addosso la sua vita.

Oggi molti dottori allopatrici (non tutti) conoscono meglio le malattie che i malati. Seguono protocolli scientificamente testati, ma senza personalizzarli, come se ogni paziente fosse uguale agli altri o al se stesso del mese prima. Soprattutto ascoltano poco. Guardano gli esami e le radiografie, ma spesso non il malato...”.

Caro Gramellini, Credo che quello che dici abbia senso, e da attento ed acuto osservatore della società lo hai ben colto. Quello che non hai colto, tuttavia, o quantomeno non hai nemmeno accennato (forse per mancanza di spazio?) sono i

motivi per cui sta succedendo questo. “Da quando la scienza è diventata una religione – prosegue Il giornalista nel succitato editoriale –, certi medici si rifiutano di esserne i parroci. Qualche volta dimenticano che non stanno curando numeri, ma persone che hanno accettato la disumanizzazione dei rapporti un po’ ovunque – alla posta, in banca, nei negozi – però non in ospedale. Quando stanno male, prima che curate pretendono di essere ascoltate. E l’ascolto non è acqua fresca”.

Focalizzare l’attenzione su di un problema, senza approfondire le cause, lascia al lettore la discrezionalità di attribuirle, quelle cause.

Ed impostato in questo modo il Tuo scritto induce a pensare che la causa del problema siano i medici, magari non tutti, ma comunque molti medici. Se io non fossi un umile corsivista di un bollettino a tiratura locale e tu non fossi uno degli editorialisti di punta del più grande quotidiano italiano, mi permetterei di invitarti a leggere alcuni degli editoriali pubblicati su questo giornale nei mesi scorsi.

In uno si rilevava come i medici di famiglia siano ormai costretti, in ragione della cosiddetta appropriatezza prescrittiva, a prescrivere non quello che in realtà una lunga conoscenza anche psicologica del paziente li porterebbe a fare, bensì solo e soltanto quanto previsto dai protocolli ministeriali per quel tipo di malattia, non per quel malato.

E i medici che sgarrano rischiano la sanzione, o quantomeno l’umiliazione del confessionale...

In un altro pezzo leggeresti che in questo sistema sanitario c’è una cosa che pare non rivestire alcun valore: le parole.

E che sarebbe da tempo ora di riconoscere ai medici un corrispettivo od un incentivo per il tempo speso a parlare con i malati, dal momento che i Drg ed i rendiconti aziendali tengono conto solo delle prestazioni effettuate.

Ancora avresti modo di leggere che con l’istituzione della tanto strombazzata legge 24/2017 sulla responsabilità medica è nato un nuovo tipo di specialista, per così dire trasversale a tutte le altre specializzazioni mediche,

lo Specialista in Burocrazia, a cui solo si richiede, pretendendolo, di attenersi alle linee guida. Per soddisfare le quali serve guardare gli esami e le radiografie, piuttosto che conoscere lo stato d’animo e le aspettative del malato.

Alla faccia di quella persona che, per dirla con parole Tue, avrebbe invece una voglia matta di raccontare quello che mangia, che teme, che sogna.

IL RAPPORTO STORICO

Si diceva in passato, che “cura di più il bravo medico piuttosto che la medicina”, ma forse vale ancora oggi in molti casi, perché è sempre necessario che il medico, oltre a curare bene la malattia, sappia curare bene il paziente, nella complessità della sua persona.

Nel mondo attuale la medicina, per accrescere le conoscenze sulle malattie e dare cure sempre più efficaci, si è frammentata in miriadi di specializzazioni e di super specialisti, molto preparati e attenti a guardare quell'aspetto particolare di quella determinata patologia, ma che spesso perdono la visione su chi è il portatore di essa.

C'è anche un aspetto psicologico che spiega questa situazione perché appare più facile concentrarsi su una singola superspecializzazione che imparare a voler prendersi carico di un paziente e della necessaria comunicazione con lui. In questo la medicina tradizionale fatica a preparare i suoi attori e qualità potenzialmente positive come empatia e ottimismo vengono spesso sostituite da tecnicismo e medicina difensiva.

LA REALTA' ATTUALE E I PROFILI DEI PAZIENTI

Oggi la divulgazione medica promossa dai mass media , ha informato più o meno correttamente un numero crescente di persone; lo sviluppo tecnologico degli strumenti di indagine e il progresso della medicina scientifica hanno modificato le modalità di formulazione della diagnosi e delle terapie.

Anche i processi di aziendalizzazione hanno aumentato il controllo esercitato sulle risorse utilizzate nei processi di cura. (1)

Il "paziente" è diventato "utente" o "cliente".

Certamente il cittadino (paziente/utente/cliente) vuole partecipare alla gestione della propria salute, fa molte domande, desidera capire, discutere, "contrattare" indagini e terapie che gli sono prescritte.

Ma anche da parte del medico c'è la tendenza ad agire in modo da migliorare le conoscenze dei pazienti in tema di salute, perché una maggiore consapevolezza dei fattori di rischio e delle terapie li può aiutare ad effettuare scelte responsabili, ad utilizzare in modo più adeguato i servizi, a prevenire varie patologie legate a stili di vita (2).

Pazienti informati su prognosi, opzioni terapeutiche e rischi, presentano maggior adesione ai trattamenti e migliori risultati clinici attesi (3).

Forse la divulgazione scientifica da parte dei mass-media e di internet ha messo in crisi il dualismo medico-paziente che si fondava su l'autorità e l'autorevolezza del primo sull'ignoranza del secondo.

Da interviste a 25 medici ospedalieri e 40 generici di Parma (Prof. S. Manghi):

"Nessuno sembra domandarsi cosa succede quando, quali possono essere le conseguenze quando si danno fuori delle informazioni che fanno solo notizia, che magari riguardano degli studi molto embrionali, in fase solo sperimentale, che illudono le persone [...]."

I pazienti sono più illusi e fanno richieste particolari perché leggono alcune riviste o inserti o perché guardano certi programmi in televisione, e alla fine non sempre si fidano di quello che dice il medico. [...]

C'è che i pazienti non sanno che spesso i medici che vanno in televisione a parlare di questo e di quello per prima cosa lo fanno per una questione di immagine, di visibilità...sì insomma, di soldi (ride)”

“Ho trovato pazienti che, con tutte le cose da chiedere, non trovano di meglio e mi chiedono: ma lei usa il laser o il robot? Io rimango stupito e poi scopro che me l'hanno chiesto perché guardano la TV, dove vengono date informazioni premature o primizie, come ad esempio l'impianto di cellule staminali per la rigenerazione del muscolo cardiaco. Mi chiedono se lo facciamo anche noi, quando si tratta per lo più di sperimentazioni che sono fatte ancora sui topi.”

La comunicazione scientifica mediatica non è un elemento di disturbo della scena, come tendono a rappresentarla, ma è un elemento costitutivo e stabile.

La sensazione è che i medici tendano a contendersi il paziente in una sorta di conflitto permanente con i media.

Certamente i media possono rendere più complesso il processo di attribuzione di una 'fiducia stabile' al medico, a causa di una comunicazione 'non appropriata'(2). Alcuni autori, ad esempio, propongono di sostituire il termine di 'paziente' con quello di 'esigente' (Cavicchi, 2002)3.

però che tale attribuzione di fiducia, peraltro necessaria alla cura, sia oggi più difficile anche perché il paziente nutre una propria immagine di salute, e difende le proprie aspettative, non solo in termini di conoscenze scientifiche.

LA COMUNICAZIONE AI TEMPI DELLA RETE

Oggi la maggioranza delle persone giovani e adulte, quando ha un problema di salute, per prima cosa, prima di consultare il medico, va a cercare in rete il significato dei propri disturbi, cercando di fare un autodiagnosi.

Se una diagnosi o una terapia sono state proposte, si va sempre in rete a cercare informazioni, a leggere articoli, consultare siti (a volte di specialisti che si propongono con finalità di pubblicità personale), a scorrere blog in cui leggere i pareri di chi ha avuto gli stessi problemi.

Quando finalmente il paziente arriva al medico, ha spesso accumulato un bagaglio di informazioni, che il più delle volte è fonte di ansia, di insicurezza, di diffidenza o di aspettative eccessive rispetto alla realtà di una situazione personale.

IL CONSENSO INFORMATO

Una conseguenza di questo mutato atteggiamento è il “consenso Informato” che la legge prevede che ogni paziente debba dare per la esecuzione di interventi chirurgici o di indagini invasive o che richiedono la somministrazione di sostanze potenzialmente pericolose (mezzi di contrasto) o per terapie particolari che possono avere gravi effetti collaterali.

*Il paziente istruito e coinvolto contribuisce a ridurre l'incidenza di errori e di effetti avversi, perché esegue un ulteriore controllo su indagini e terapie prescritte.
(La filosofia dell'Approccio della cura centrata sulle persone – F.Perino)*

IL RAPPORTO CON I FAMILIARI DEL PAZIENTE

LA COMUNICAZIONE DELLA MALATTIA ONCOLOGICA

La scelta di informare o meno il malato è comunque un problema molto ampio che coinvolge non solo il malato, i medici curanti ed i familiari, ma anche la struttura sanitaria, il corpo sociale. E' una scelta che si pone continuamente e ripetutamente lungo tutto l'iter della malattia: al momento della diagnosi, nel corso dei diversi interventi terapeutici (operazioni, chemio-radio terapia), nel caso di recidive, di terapie palliative e nell'eventuale fase terminale. Ma soprattutto è un problema che investe direttamente le fondamenta culturali ed etiche di ogni modello sociale. In altre parole il dilemma circa la comunicazione di diagnosi e prognosi al malato oncologico rispecchia il rapporto che una determinata cultura intrattiene con l'idea della vulnerabilità-malattia e della finitudine-morte.

Gli atteggiamenti nei confronti del malato oncologico si organizzano intorno a due modelli prevalenti:

nei paesi latini si tende a non informare il paziente attraverso omissioni, informazioni ambigue, parziali o vere e proprie falsificazioni dei referti, **mentre nei paesi anglosassoni e nord-europei** si informa il paziente circa la diagnosi e la prognosi anche se spesso la comunicazione viene fornita ex abrupto attraverso un atto formale, asettico e generico, senza tatto e gradualità (McIntosh, 1979; Smith, 1982; Santosuosso, 1996).

Tuttavia ad uno sguardo più attento, queste diverse modalità nella gestione dell'informazione si differenziano una dall'altra più per motivi di ordine pratico-formale che **sostanziale**.

Entrambe sembrano comunque caratterizzate da un sostanziale **evitamento** della relazione con la "persona" del malato e delle istanze di cui è portatore.

In Italia, e più in generale all'interno della cultura sud-europea, raramente i medici informano i pazienti circa una diagnosi di cancro e quasi mai della prognosi quando questa è sfavorevole (Santosuosso, Tamburini, 1990; Holland et al. 1987).

In alcuni casi anche altri familiari, in genere bambini ed anziani, non vengono informati circa la malattia del loro congiunto.

In una delle ultime ricerche sull'orientamento dei medici riguardo al dire "la verità" ad un malato oncologico, i risultati appaiono inequivocabili. Infatti, circa il 90% degli intervistati (oncologi, medici di base, medici ospedalieri del nord Italia) ritiene che è

meglio decidere con i familiari che cosa comunicare al malato di cancro, mentre il 50% ritiene negativo, su un piano psicologico, comunicare al malato una prognosi sfavorevole (Tamburini et al. 1988).

A distanza di 10 anni questi dati sono sostanzialmente confermati. In una indagine svolta su 424 malati terminali entrati in assistenza dal 1996 al 1998 presso la Ryder Italia (una associazione di assistenza domiciliare medico-infermieristica), è risultato che il 65.2% dei pazienti, pari a 279 soggetti, non era, al momento dell'ammissione, a conoscenza della diagnosi, mentre al 34% dei pazienti "informati" sono state fornite attivamente informazioni false sia da parte dei medici curanti che dagli stessi familiari ("l'intervento chirurgico ha completamente rimosso la massa tumorale", "la terapia farmacologica o radiante sta funzionando" "la situazione è stazionaria" ecc.), oppure sono state omesse informazioni circa la presenza di metastasi e/o di altri problemi significativi per il paziente.

La prassi di non informare trovava un supporto giuridico-deontologico nel concetto di beneficalità, per cui l'atto medico viene legittimato dalla necessità di fare il bene ed evitare il male del paziente. L'insieme di queste valutazioni circa il bene ed il male, e quindi rispetto alle diverse scelte terapeutiche, è una facoltà che appartiene esclusivamente al medico.

A partire dagli anni '90 lo scenario che abbiamo descritto viene a mutare, almeno su un piano etico-giuridico, negli ultimi anni il modello anglosassone si è fatto strada anche in Italia e più in generale all'interno della cultura sud-europea passando dallo stato di "mera opzione" culturale a quello di **comportamento richiesto dai giudici e dato per necessario dalle massime istanze etiche**" (Santosuosso, 1996 p. XI).

L'atto medico "si legittima non solo per le sue finalità terapeutiche ma soprattutto in virtù del consenso del paziente" (Fucci, op. cit. p. 5) cui è richiesto di partecipare attivamente al processo decisionale in merito alla sua salute.

Il medico non può più omettere o rivelare a terzi informazioni circa la salute del paziente che diventa il suo principale interlocutore, tuttavia "le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste (...) devono essere fornite con circospezione, usando terminologie non traumatizzanti, senza escludere mai elementi di speranza" (Cod. deontologico 1995, art. 29 IV comma).

L'obbligo di informare, trova comunque il suo limite nella volontà del paziente di rinunciare a conoscere la verità.

Forse è più semplice comprendere questa nuova stagione nella transazione medico-paziente, a partire da una serie di pronunce da parte della magistratura circa la necessità che il medico informi il paziente della diagnosi, della eventuale terapia e in genere di tutti i diversi aspetti dell'intervento sanitario, affinché quest'ultimo possa, essendo stato informato, dare il suo consenso.

L'intervento della magistratura nel regolare i rapporti tra medici e pazienti, va compreso a partire dal fatto che la salute sembra "sempre più un bene di consumo, per il quale valgono le stesse regole vigenti, a tutela del consumatore, per gli altri beni di consumo.

Con tali presupposti "etici" non appare così sorprendente che l'informazione venga fornita dal medico al di fuori di qualsiasi relazione, lasciando al paziente "l'onere di farvi fronte con gli strumenti che ha a disposizione" .

Non è difficile in questi tempi raccogliere lamentele da parte di pazienti e familiari non tanto circa il fatto di essere informati, quanto della modalità.

Ciò che conta infatti, è la correttezza delle procedure che, nell'adempimento formale di una informazione obbligatoria, "garantiscono" sia l'erogatore che il fruitore del servizio sanitario; quasi che mettere al corrente il malato della presenza di un tumore maligno possa equivalere al gesto con il quale si stampiglia la data di scadenza su un prodotto commerciale.

In questo modo, all'interno di un sistema "politicamente corretto" in grado di garantire il rispetto delle procedure, affinché il paziente-consumatore possa servirsi nel supermarket delle terapie vagliando le diverse e concorrenziali offerte di beni di consumo sanitario, ha luogo un progressivo passaggio di consegne tra un vecchio e un nuovo modo di agire la fondamentale scotomizzazione e fuga da quello che nella cultura moderna non è più accettabile e rappresentabile: la morte e il morire.

UNA NUOVA VISIONE DEL PROBLEMA "CANCRO"

Dal Libro : *Di cosa parliamo quando parliamo di cancro* (P.Donghi – G. Peluso).

Se riuscissimo a guardare al cancro oggi come negli anni Cinquanta si guardava al diabete e appena una ventina di anni fa all'AIDS, forse potremmo cominciare a concepire l'idea, finora mai accettata, di una cronicizzazione della malattia, in luogo della sua problematica eradicazione definitiva.

*Forse non è una prospettiva originale, ma, all'attuale stato dell'arte, nemmeno prevalente. Se si cominciasse a indirizzare gli investimenti, i progetti di ricerca, gli sforzi, anche quelli di immaginazione, verso l'idea di una **coesistenza** ... con che cosa? Non con un Alien, appunto, non con un mostro.*

Non si vive in compagnia di un essere immondo, non ci si accorda con l'estraneo avverso e sfavorevole.

*Se devo immaginare come possibile, in futuro, una cronicizzazione della patologia, questa deve riconsegnarmi l'immagine di un qualcosa che è nato e cresciuto dentro di me, che è parte di me, che non ha una natura aliena, pur essendo un'assai scomoda compagnia, e che si è prodotto in conseguenza di una serie di mutazioni genetiche, certo, ma del **mio** genoma, dei **miei** geni.*

In altre parole, se devo convivere deve acquistare una qualche natura familiare, anche nel modo di raccontarlo, di parlarne.

In questo quadro acquista senso interrogarsi anche sul linguaggio, domanda che altrimenti apparirebbe vacua ed in buona parte gratuita.

Lo ripetiamo: assumere un atteggiamento positivo dopo la diagnosi del tumore, non farsi scoraggiare dalle storie vissute, ascoltate o anche solo lette, resistere alla deriva depressiva rappresenta un potente elemento dinamico che può avere un

valore tutt'altro che marginale nella strategia di contrasto al più o meno rapido dilagare della patologia, ma non rappresenta, di per se, una strategia alternativa alle cure proposte dalla medicina scientifica.

E' altrettanto evidente, per altro, che il lasciarsi andare, invece, a una visione cupa e senza speranza aiuta ancor meno.

*Ma il "modello parassitario" che ha finora ispirato tutte le strategie di lotta, traghettando il linguaggio militare direttamente dalle vittoriose battaglia contro le malattie infettive (con) l'obiettivo di bonificare **il corpo sradicando il cancro chirurgicamente o chimicamente** è un modello sorpassato, perché sconfitto dai fatti. Oggi sappiamo che il cancro non sarà mai sconfitto e che al più, conoscendone sempre meglio la flessibile fisiologia, si riuscirà a farlo diventare abbastanza frequentemente una malattia cronica.*

*Questa consapevolezza comporta che anche il linguaggio debba elaborare la sconfitta e riformularsi in maniera da poter concepire una nuova, auspicabile, ancorchè scomodissima, **convivenza**.*

*E magari accettare l'imperscrutabile **ruolo del caso**.*

(P.Donghi – G. Peluso ; Di cosa parliamo quando parliamo di cancro).

IL RAPPORTO CON LE AZIENDE SANITARIE

Nella realtà odierna il rapporto tra il paziente ed il medico è fortemente condizionato, specie nel servizio pubblico, dalle decisioni e dalle scelte organizzative delle Aziende Sanitarie e di chi le controlla, cioè gli assessorati regionali.

Di fronte alle richieste, o meglio alle necessità di salute del paziente/cittadino, il medico deve misurarsi con tutte le regole che le amministrazioni impongono, ma che spesso il paziente non conosce e non capisce.

Si tratta a volte di regole che hanno a che fare con l'aspetto clinico (linee guida, protocolli, percorsi), ma più frequentemente con decisioni per lo più organizzative fatte con finalità di risparmio economico.

Qualche esempio: il paziente ha necessità di un intervento chirurgico, magari non urgente, si rivolge ad una struttura ospedaliera che ritiene possa soddisfare il suo bisogno nel suo territorio, in tempi accettabili, e si trova davanti alla presenza di una lista d'attesa corposa, gli viene detto che non farà l'intervento nella sede ospedaliera da lui scelta perché magari vicina comoda anche per i familiari, ma dovrà recarsi in altro ospedale, per essere magari operato da un chirurgo che non ha neanche visto prima, solo perché è in turno in quel momento, chirurgo che magari potrebbe pensarla diversamente circa l'indicazione all'intervento.

Tutto questo diventa poi fonte di preoccupazione e di ansia per il paziente, nonché, se qualcosa non va per il meglio, diviene fonte di conflitto, che il paziente di solito attribuisce sia al medico, che non è stato in grado di esaudire i suoi desiderata, sia della struttura.

Lo stesso dicasi per le altre prestazioni come quelle diagnostiche, di laboratorio, strumentali, visite specialistiche, per i ricoveri medici, le lungo degenze, tanto che il paziente pensa: “ma come abito nelle vicinanze dell’Ospedale X e mi tocca di andare lontano all’Ospedale Y! Ma dottore, perché non mi manda più vicina? Oppure perché non mi scrive l’urgenza (che di solito non c’è) nella richiesta?” e via dicendo. Vogliamo poi parlare delle recenti scelte di ridurre drasticamente i posti letto ospedalieri, sempre per risparmiare, specie nelle zone disagiate, o accorpate Servizi? Sempre con la scusa di adeguarci a standard europei (che non è vero) o per ridurre la spesa pubblica per la sanità, dirottando così i servizi verso la disponibilità del privato (e questo è molto vero) per svuotare a poco a poco il significato della legge 833 istitutrice del Servizio Sanitario Nazionale universalistico e solitale!

IL CHI FA COSA

Altro aspetto non secondario riguarda quelle prestazioni che dovrebbero essere compito del medico, ma le Aziende, sulla base di protocolli interni, decidono di far svolgere a personale sanitario non medico.

Mi riferisco alle attività di dialisi, alle lungodegenze a direzione infermieristica, al triage in Pronto Soccorso, all’attività di emergenza/urgenza svolta sulle ambulanze. Certo oggi tutti i professionisti sanitari sono provvisti di una laurea, quindi tutti possono essere chiamati “dottori”, ma la preparazione a svolgere l’attività di diagnosi e terapia è solo ed esclusiva del Dottore in Medicina e Chirurgia, che ha svolto un percorso universitario con adeguato tirocinio che, oltre a permettergli di orientarsi nelle diverse patologie di cui può essere affetto un paziente è l’unico abilitato, per le leggi nazionali vigenti, a poterlo fare.

Ma a volte il paziente è confuso dalla scritta sulla targhetta di riconoscimento che indica “dottore” o da un camice bianco indossato da chi non è medico; per il paziente italiano il “dottore” è sempre stato il “medico”, ma ora che questo paradigma non esiste più, occorre forse imparare a modificare le terminologie, i vocaboli: non più “Signor Dottore”, ma “Signor Medico”, un po’ come già avviene nel mondo anglosassone.

Questa non è una mera rivendicazione di categoria, corporativa direbbero alcuni, ma una rivendicazione di un ruolo a garanzia della sicurezza e qualità delle cure per i pazienti.

C’è poi il grande discorso dell’abusivismo sanitario.

Su questi aspetti vigilano gli Ordini ed i Collegi Professionali, ed in particolare L’OMCeO di Bologna da tempo ha promosso azioni importanti, fortemente criticate soprattutto dall’AUSL e dall’Assessorato Regionale, perché questi ritengono di poter decidere a proprio piacimento come vanno erogate le prestazioni sanitarie, senza che nessuno debba avanzare critiche; ma come?

Se l'azienda trasporti municipale decidesse, per risparmiare, di fare dei corsi interni e poi far guidare gli autobus ad impiegati provvisti solo della patente B e non della D E pubblica, o se una compagnia aerea decidesse di far volare gli aerei con un solo pilota, affiancato da un' hostess "esperta" per le manovre di emergenza, la motorizzazione civile o le associazioni dei consumatori dovrebbero accettare e non esprimere netta contrarietà?

CONCLUSIONI

La medicina non è la ricerca biomedica, la medicina cura i malati, se ne prende cura, non può non farlo.

E' su questo fronte, quello del "prendersi cura" che la medicina deve affrontare le enormi difficoltà che comporta accogliere la disperazione, accompagnare con ogni sistema - lecito si intende - il percorso del paziente e dei suoi cari, e dire che non li lascia da soli, neppure nell'eventualità di dover affrontare la morte.

E' il tipo di medicina che non risolve indovinelli, ma mette il malato, e non la malattia, al centro della sua attenzione.

Il medico affronta il malato nel momento peggiore, nella situazione più scomoda, cercando di operare una catarsi e cercando di trasformarlo passionalmente, esorcizzando la paura ed infondendogli coraggio, operando nelle sue trasformazioni emozionali.

Non combattere le emozioni ma trasformarle, utilizzarle per accompagnare comunque un viaggio di crescita, quale che sia. (5).

BIBLIOGRAFIA

- 1) OMCeO Bologna – Bollettino Notiziario n.9/2017
- 2) V. Pellegrino – JCOM 2(3), 9-2003
- 3) F. Perino - ACP – Rivista di Studi Rogersiani – 2002
- 4) A.U. Coulter – BMJ, 324, 648-651
- 5) P.Donghi – G. Peluso ; Di cosa parliamo quando parliamo di cancro (Cortina Editore)