

Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri
della Provincia di Arezzo

dicembre 2006
anno 5 - numero **15**

NUMERO MONOTEMATICO

**REPORT PRIMO CONVEGNO
SULLA COMUNICAZIONE IN MEDICINA**

**promosso dall'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri in collaborazione con la ASL 8 - AR**

02-12-2006, Auditorium Ospedale S. Donato di Arezzo

IL CESALPINO

*Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo*

Agosto 2006

anno 5 - numero 14

Comitato editoriale e redazione

Consiglio provinciale dei medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Presidente: Raffaele Festa

Direttore responsabile
Roberto Romizi

In redazione

Amedeo Bianchi, Armando
Bonelli, Alberto Cinelli,
Luigi Giannini, Piero Pieri,
Luciano Ralli, Silvana Saullo,
Mauro Sasdelli

Coordinatore redazionale
Cesare Maggi

Segreteria redazionale

Marco Cerofolini
c/o Ordine dei medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 22724
fax (+39) 0575 300758
mail: chirurgi@omceoar.it
www.omceoar.it

Impaginazione progetto grafico e stampa

L.P. Grafiche s.n.c.
Via Fabio Filzi, 28
52100 Arezzo
tel. (+39) 0575 907425
fax (+39) 0575 941526
mail: info@lpgrafiche.it
www.lpgrafiche.it

Aut. Trib. n°7 - 2001
del registro stampa
n° 522/2001

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista.

In copertina:

ANDREA CESALPINO

(Arezzo 1519 - Roma 1603)
Medico, botanico, filosofo aristotelico, medico di Papa Clemente VII; importantissime furono le sue osservazioni sulla circolazione del sangue.

Retro copertina:

S. MARIA DELLA PIEVE

Monumento caratteristico dell'arte romanica aretina ricostruito tra la seconda metà del XII secolo ed i primi decenni del XIV secolo.

Sommario

editoriale

- 1** A che serve l'Ordine?
Raffaele Festa

presentazione

- 3** La comunicazione è promozione di salute
Roberto Romizi

report primo convegno

- 5** Promuovere la comunicazione. Per il benessere della persona e delle organizzazioni
Michele De Beni

- 9** Epistemiologia della comunicazione nei sistemi sanitari
Gerardantonio Coppola

- 11** Comunicazione e qualità tra medici e con i pazienti: analisi della realtà attuale e valutazione della criticità
Evaristo Giglio

- 21** L'incontro di due persone e di due storie. Considerazioni sulla relazione tra medico e paziente
Stefano Beccastrini

ulteriori due contributi sul tema

- 25** Alcune considerazioni sulla "Comunicazione"
Luigi Triggiano

- 28** La cultura della neuropsichiatria infantile
Maddalena Petrillo, A. Batti, F. Lazzeri, A. Moschi, M.G. Piergiovanni

tavola rotonda

- 31** L. Triggiano, S. Beccastrini, A. Panti, D. Grisillo, D. Vanni, R. Salvadori

leggi decreti circolari fnomceo e enpam

- 35** Pillola del giorno dopo. Obiezione di coscienza

A che serve l'Ordine?

È questa la domanda che, quasi quotidianamente, qualche iscritto pone ai componenti del Consiglio od a sé stesso, ogni qualvolta insorge qualche problema di carattere professionale. È certamente un interrogativo legittimo, anche se denota una scarsa conoscenza della legislazione che definisce competenze ed attribuzioni degli Ordini, ma è anche poca attenzione alle comunicazioni che vengono puntualmente inviate. Ed è quest'ultimo aspetto oggetto della mia personale riflessione amara quanto triste. Con notevole impegno, i componenti della Commissione per la Formazione professionale e l'ECM avevano organizzato, per lo scorso 2 dicembre, un importante convegno sulla comunicazione, che era indicato come il prologo ad altri tre successivi convegni finalizzati ad attenuare le persistenti conflittualità intercategoriale, con i cittadini e con i mass - media. Ebbene, nonostante la larga pubblicizzazione dell'evento, ho dovuto constatare, con profonda amarezza e delusione, che solo una cinquantina di colleghi hanno partecipato. Sarei tentato di dire "i soliti noti". Non è servito a nulla aver inviato numerosi inviti personali ai dirigenti dell'UU.OO. della USL8, non sono serviti a nulla un articolo di fondo sul precedente numero de "Il Cesalpino", una circolare inviata a tutti gli iscritti e le numerose locandine affisse un pò dappertutto. Eppure era stata annunciata la partecipazione del Presidente della FNOMCeO, Dr. Amedeo Bianco, che, sobbarcandosi un notevole impegno fisico, ha voluto partecipare alla manifestazione per non venir meno ad un impegno assunto.

Come giudicare e valutare simile comportamento? Certamente alcuni, pochi per la verità, hanno preferito partecipare ad un altro evento attratti dal canto delle solite sirene politiche, le stesse sempre pronte a scaricarli a mare nei momenti difficili. Altri hanno frequentato corsi di formazione in qualche vallata ed hanno avuto una loro giustificazione. E tutti gli altri dove erano? Gli iscritti all'Albo sono circa 1600! Riesce difficile interpretare questo assenteismo, che ho avuto occasione di notare anche in altre manifestazioni culturali non organizzate dall'Ordine. Sinceramente non so cosa pensare di un simile atteggiamento e di un così massiccio assenteismo. Eppure avevamo chiesto con una indagine quali erano i punti o gli argomenti di maggiore interesse per i nostri iscritti. Il numero dei questionari restituiti alla redazione del nostro "Il Cesalpino" è stato irrisorio, non significativo ed indicava solo un totale disinteresse.

Ed allora che fare? Lasciarsi trascinare dalla deriva e lasciare andare tutto in malora? Non credo che sia la soluzione migliore: bisogna insistere. Noi andremo per la nostra strada e persevereremo sperando di riuscire a coinvolgere un numero sempre maggiore di colleghi. L'Ordine professionale non può e non deve appiattirsi su un singolo ruolo notarile di verifica delle iscrizioni o del rilascio di certificati. L'aggiornamento e la formazione professionale sono e rimangono un obbligo legislativo e professionale che non può essere disatteso dagli iscritti all'Albo. Non a caso il Ministero della Salute aveva accreditato il Convegno. Il giorno 2 dicembre era immediatamente successivo ad una vera aggressione alla professione nell'Ospedale della Gruccia in Valdarno. Prendendo lo spunto da un dissidio tra due medici, una emittente televisiva di basso profilo e qualche giornalista di pari valenza, non hanno esitato a gettare fango su una istituzione ospedaliera ove tanti medici e tanti componenti della sanità, con abnegazione ed alto spirito di responsabilità, si prodigano quotidianamente per aiutare chi soffre. Sarebbe stato bello che tutti i medici avessero sentito il bisogno di stringersi intorno ai rappresentanti locali e nazionali della professione per far sentire la loro solidarietà a quei colleghi e la loro indignazione agli squallidi responsabili della vicenda. Si è persa una buona occasione. Ciò nonostante, proprio per mantenere fede al proprio ruolo, l'Ordine ha posto e porrà in atto ogni iniziativa atta a tutelare il decoro ed il rispetto degli operatori sanitari del Valdarno. Farà fino in fondo il pro-

prio dovere. Ma mi sia consentita, in conclusione di questo sfogo, di capovolgere la domanda iniziale: gli iscritti cosa fanno per l'Ordine?

Raffaele Festa

Presidente Ordine Medici di Arezzo

PRESENTAZIONE

La comunicazione è promozione di salute

Roberto Romizi

Coordinatore Commissione Formazione ed ECM,
Ordine dei Medici di Arezzo

La promozione di salute è comunicazione tra istituzioni diverse, tra istituzioni e comunità, tra esperti di diversa provenienza e competenza, tra essi e i cittadini, all'interno di processi integrati di lavoro scientifico e sociale. Il concetto di promozione della salute fu posto al centro dell'attenzione a partire dalla Conferenza internazionale OMS di Ottawa, che si svolse dal 17 al 21 novembre 1986. Il documento finale di quella Conferenza, noto come "Carta di Ottawa", afferma testualmente: *"La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla... La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali... quindi la promozione della salute non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario... Le condizioni fondamentali per la salute sono la pace, l'abitazione, l'istruzione, il cibo, un reddito, un ecosistema stabile, le risorse disponibili, la giustizia sociale e l'equità..."*

I determinanti della salute dipendono infatti solo per il 10% dai servizi sanitari, mentre per il 90% dipendono dai fattori genetici, comportamentali, ambientali e socio economici.

Il 21-22 novembre 2006 a Firenze in occasione del 20° anniversario della Carta di Ottawa si è svolta la conferenza internazionale "The Ottawa and Bangkok Charters: from principles to action. International Conference for the Evaluation of Global Strategies on Health" in occasione della quale tutti gli esperti convenuti hanno richiamato la centralità del tema "salute" che deve essere il punto di riferimento delle scelte delle amministrazioni.

Soltanto il lavoro interistituzionale e interdisciplinare può garantire però il raggiungimento di obiettivi di salute: nessun singolo settore, istituzione o agenzia può controllare autonomamente i fattori determinanti di salute. Non può esserci salute senza integrazione. Un tentativo in questo senso è il Piano Integrato di Salute – PIS, che è un piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali allo scopo di migliorare la salute della popolazione anche attraverso il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La comunicazione è il focus su cui far interagire e integrare tutte le agenzie coinvolte in processi di promozione della salute.

Ma il passo tra comunicazione e malacomunicazione è breve e di difficile identificazione.

Il "consumismo sanitario" si adopera per creare bisogni attraverso: campagne di stampa, strumentalizzazione di associazioni di malati, giornate nazionali, creazione di centri e associazioni scientifiche, creazione di numeri, dati e ricerche.

Quanti dirigenti sanitari nei confronti dei loro colleghi e collaboratori "tacciono"! È una comunicazione anche questa. Implica potere, arroganza e distanza. Nei confronti della popolazione le istituzioni fanno spesso marketing o nel migliore dei casi informazione. Difetti nella comunicazione sono la falsa disponibilità e l'eccesso di dati.

Quanti operatori sanitari nei confronti dei propri pazienti, e spesso in buona fede, parlano molto ma non ascoltano! La comunicazione è dialogo.

L'ascolto deve essere al centro dell'attenzione nelle politiche per la salute.

Ebbene l'Ordine dei Medici più di qualsiasi altro ente a partire da attività formativo convegnistiche può avere un ruolo per facilitare la qualità dei rapporti tra medici come base necessaria e preliminare per un corretto e proficuo rapporto con le istituzioni, la popolazione e i media.

La prima sfida riguarda la capacità dei medici di integrarsi con gli altri professionisti, di lavorare in maniera interistituzionale, interculturale e interdisciplinare, di porsi come educatori di comunità. Il buon educatore è quello che sa porsi a fianco del prossimo per cambiare insieme.

La seconda sfida riguarda la capacità delle istituzioni e dei medici di interagire con i cittadini pazienti. È il grande capitolo della comunicazione del rischio. La gente è abituata ad assumere i rischi a fronte di

benefici evidenti. Ma quello che conta è la percezione del rischio da parte dei cittadini.

La terza sfida riguarda la capacità dei medici di rapportarsi con i media.

La divulgazione di notizie presentate in modo non consono può essere fuorviante ed in qualche caso pericolosa, oltre che capace di violare la Carta di Perugia (11/1/1995) sul "giornalismo medico" che all'art. 2 recita: *"L'informazione e la divulgazione devono contenere tutti gli elementi necessari a non creare false aspettative nei malati e negli utenti, e devono essere distinte in maniera evidente e inequivocabile da ogni possibile forma di pubblicità sanitaria"*.

La Carta di Torino 2001 relativa a "Medici e Giornalisti per la deontologia dell'informazione" riporta all'Articolo 2 *"L'informazione sanitaria, sia da parte del giornalista che da parte del medico, non deve essere mai arbitraria, discrezionale e mirante al sensazionalismo, ma sempre utile e veritiera, confermata con dati oggettivi e preventivamente controllati attraverso autorevoli fonti scientifiche."*

I soggetti della comunicazione sono nella fattispecie i medici e i giornalisti che hanno diverse competenze, diversi obiettivi, diverso modo di lavorare, diverso il tempo a disposizione, diverso spazio a disposizione, diverse esigenze.

Le esigenze dei medici sono: cautela, niente allarmismo, necessità di non creare problemi alla propria istituzione, usare un linguaggio rigoroso.

Le esigenze dei giornalisti sono invece: pubblicare la notizia prima degli altri e catturare l'attenzione del lettore.

In definitiva saper comunicare è riuscire a creare le migliori condizioni per far giungere il messaggio agli interlocutori e per attuare o rafforzare con essi una relazione stabile e proficua.

Imparare a comunicare è una necessità, un bisogno forte.

È importante che le potenzialità e gli strumenti della comunicazione vengano utilizzati appieno sia per stimolare un dialogo interattivo tra medici, istituzioni, servizi sanitari e territorio sia per agevolare i cittadini nella fruizione di informazioni corrette.

PROMUOVERE LA COMUNICAZIONE

Per il benessere della persona e delle organizzazioni

Michele De Beni

Psicoterapeuta, Esperto in Processi formativi,
Centro Studi Interculturali dell'Università di Verona

*Non si diventa "uomini completi" da soli,
ma unicamente assieme agli altri*

D. Bonhoeffer

(in, *Resistenza e resa*)

Co-struttori/Di-struttori invisibili

"Era il migliore dei tempi ed il peggiore...; era la stagione della luce, era la stagione delle tenebre; era l'inverno della disperazione, era la primavera della speranza", così esordisce Charles Dickens in *Storia di due città* (1859), descrivendo la lotta e il continuo intreccio nella storia umana tra la disperazione e la speranza, tra le forze dell'aggressione e le forze della solidarietà. Amore e odio, speranza e timore sono contemporaneamente vicino e lontano, dentro di noi e intorno a noi.

Questa mia conversazione verterà sulla comunicazione. Cercheremo di comprenderne alcune dinamiche, per le quali non bastano alcune lezioni o conoscenze di strategia psicologica, ma occorre innanzitutto esser consapevoli di come noi stessi (in famiglia, tra famiglie, nella professione, nella comunità...) agiamo giorno dopo giorno, attimo dopo attimo, come, spesso invisibili, ma per questo non meno potenti, che possono dar vita ad una città: abitata dalla speranza oppure dalla disperazione, dall'egoismo oppure dalla solidarietà. E la comunicazione rappresenta, appunto, il motore di questo imponente edificio delle relazioni umane. Attraverso di esso noi abbiamo il potere di decretare la morte dell'altro o di creare

i motivi di un'autentica resurrezione nei rapporti tra persone, gruppi, culture¹.

Abbiamo bisogno di comunicare, e non possiamo farne a meno. Il nostro peggior destino sarebbe quello di accorgerci che nessuno più si interessa di noi, che non importiamo più a nessuno. Quante volte abbiamo esclamato nel nostro intimo: *"Almeno si accorgesse di me...; mandasse un segno...!"*. Questo è il segno dell'abbandono estremo, più drammatico di quello fisico. ■

Solo sulle proprie forze

Uno studioso ha acutamente osservato che, di fronte al moltiplicarsi, a livello planetario, di problemi che richiedono una soluzione comune, frutto di partecipazione collettiva, l'uomo contemporaneo tende invece, sempre di più, a ripiegarsi nel suo piccolo mondo e a cercare la salvezza affidandosi solo alle proprie risorse individuali. Un paradosso questo, contraddittorio con quel bisogno di relazione che ciascuno invece porta in sé, originariamente, fin dalla nascita.

Daniel Kahneman², premio Nobel 2002 per l'economia, sostiene che la felicità è un obiettivo centrale della società moderna, ma che la valutazione del successo di un paese non può limitarsi alla ricchezza prodotta.

Possiamo dire lo stesso nel campo del sapere e dei curricula scolastici o in quello della ricerca, dell'informazione e degli standard in campo clinico: corsa alla conoscenza, sovrapposizione di input contraddittori, spinta esasperata e distorta dell'informazione, risultati a tutti i costi,

REPORT PRIMO CONVEGNO



anche contro la stessa logica imposta dal contesto. Urge far crescere una ricchezza, tanto rara quanto urgente oggi: quella che viene denominata "PIL della felicità", che faccia superare i criteri efficientistici tradizionali. Serve quindi una cultura in grado di favorire lo sviluppo di beni relazionali, gli unici che possono aumentare la felicità dei cittadini.

Oggi si fa un gran parlare di autostima, autorealizzazione, di star bene con se stessi, di felicità, ma in realtà essi sono obiettivi possibili solo in quanto l'essere umano sa trovare uno scopo autotrascendente.

L'autorealizzazione o la felicità, se cercate come fine a se stesse, non si lasciano trovare. Esse sono un risultato che scaturisce dalla nostra dedizione ad un compito³: più ci si dimentica di sé, più ci si dona ad una persona, ad una causa da servire, ad un lavoro, più si ottiene la felicità. Allo stesso modo, è possibile e doveroso realizzare sé stessi, ma ciò è conseguibile solo nel rapporto con altro da sé. La realtà umana è, dunque, essenzialmente autotrascendente.

Si può ricorrere al paragone con gli occhi per farci comprendere questa apparente contraddizione: "La loro capacità di... percepire visivamente il mondo circostante, paradossalmente, dipende dalla loro incapacità di vedere se stessi.

Quando l'occhio vede se stesso o qualche parte di se stesso? Quando si soffre di glaucoma si vede un alone iridato attorno alle luci: allora l'occhio vede il proprio glaucoma. Se si soffre di cataratta, si vede un annebbiamento: questa nebbia è qualcosa che l'occhio vede e percepisce parte di se stesso. Normalmente, un occhio non vede se stesso, ma il mondo; e più vede se stesso, più la sua funzione visiva è compromessa.

Lo stesso accade all'uomo. Egli diventa sé stesso, si realizza, è umano, precisamente nella misura in cui non si preoccupa di sé stesso o di qualcosa dentro di sé, ma vive nell'autotrascendenza, in quanto serve una causa, realizza un significato, o ama un altro essere umano"⁴. ■

Un'ottica sistemica

Dopo questa breve introduzione, cercherò di entrare più direttamente nel tema assegnatomi, riguardante il rapporto tra comunicazione e benessere, sia dal punto di vista personale sia dell'organizzazione sociale.

Innanzitutto, riconosciamo che la complessità che distingue il fenomeno "comunicazione" è tale da richiedere non solo l'adozione di un'ottica sistemica, ma anche un corrispondente metalivello di analisi. Come sostiene Edgar Morin⁵, occorre un metodo attraverso cui "l'osservatore osservi se stesso che osserva..., che si sforzi anche di conoscere la propria conoscenza". In effetti, se è solo guardando fuori di noi che percepiamo il mondo, è altrettanto vero che se non ci preoccupiamo contemporaneamente del modo in cui lo percepiamo, sarà la stessa comunicazione a soffrirne e a pagarne le conseguenze sul piano dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione.

Tutti abbiamo esperienza diretta di come la possibilità di collocarsi ad un metalivello di analisi necessiti di un tempo a volte assai lungo. Situazioni apparse "a caldo" inestricabili e confuse risultano "a freddo" più facilmente decifrabili. Ciò significa considerare che il fallimento di certe modalità comunicative è legato essenzialmente a due difficoltà: di adottare una modalità sistemica di osservazione e di riconoscere i nostri errori di comunicazione.

Sembrerà un po' strano, ma mentre noi ci riteniamo abili e attendibili osservatori della realtà altrui, altrettanto non siamo nei confronti del nostro sistema comunicativo.

Un errore tipico, infatti, è quello di considerare "noi" come staccati da "loro", "io" dal "tu", il mio mondo da quello esterno. E questo è tanto più drammatico quanto più si viene a contatto con la sofferenza, sia essa fisica o psichica, o ambedue, nell'intimo intreccio che esiste con il tutto di noi stessi. Siamo persona, contemporaneamente e prima ancora di essere corpo. E tutto è più profondamente interconnesso di quanto non appaia ai nostri sistemi di os-

servazione troppo frettolosi, quasi maniacalmente attenti a separare e a distinguere, spesso incapaci di vederne connessioni e interdipendenze, vie di soluzioni più costruttive e compartecipate.

Per meglio comprendere la natura di questi processi, presenterò sinteticamente un caso, da cui poi estrarre alcune regole per la ricerca sistemica.

È esperienza comune constatare che un'organizzazione (sia essa di micro-dimensioni sia di macro-dimensioni) è di per sé un sistema, cioè una struttura che per funzionare richiede un continuo e congruente funzionamento delle sue parti, viste non come isolate ma in un gioco reciproco di interconnessione.

Si tratta di una realtà circolare dove ogni elemento, pur a diversi livelli, influenza gli altri. Basti pensare, per esempio, ad una di quelle che in apparenza sembra essere la più semplice forma di organizzazione, quella familiare ma che, in realtà, pur nel limitato numero di componenti, spesso diventa così complessa proprio per le innumerevoli forme di combinazione in cui le comunicazioni vengono a incastrarsi e a interferire tra loro.

Partirò da un concetto: quello di "organizzazione come sistema aperto". Esso si riferisce al fatto che ogni organizzazione vive a contatto con un contesto, ad un quadro circostante che è spesso instabile.

Questo concetto di "turbolenza dell'ambiente"⁶ rappresenta un punto nodale da cui partire, nel senso che i sistemi organizzativi globali sono inseriti in una società in perenne evoluzione, caratterizzata da interferenze multiple che si stabiliscono tra il sistema interno di un'organizzazione e il contesto tecnico, economico, sociale, politico in cui essa si trova inserita. Da qui la necessità di una chiara consapevolezza che ciò che è interno e ciò che è esterno non siano facilmente decifrabili.

Ne nasce un problema di analisi, di differenziazione e di integrazione, un'opera assai complessa anche per una piccola organizzazione o gruppo di lavoro. ■

Differenziazione-Integrazione

Ecco brevemente un caso⁷.

Questa analisi maturò l'esigenza di un confronto più aperto e di affrontare prima di tutto la definizione dei problemi relazionali tra gruppi di operatori del reparto. In seguito a questa chiarificazione e ad un percorso specifico di formazione, venne anche risolto il problema dell'osservanza dell'orario delle visite. ■

Alcune regole

Potremmo ora trarre alcune regole sul piano della pragmatica comunicativa⁹.

1. Uno degli errori più devianti è proprio l'uso di un modello esplicativo della comunicazione con N elementi basato solo su una coppia di elementi: emittente-ricevente.
2. Occorre adottare un modello esplicativo basato sulla complessità, nel senso che la comunicazione interessa di solito più soggetti.
3. Chiameremo questo Sistema Esteso della Comunicazione (SEC) come il luogo anche in cui cercare spesso pure il senso della comunicazione a due.
4. Anche con la semplice aggiunta di un solo membro interagente (triade) la complessità viene incrementata in modo non solo aritmetico ma geometrico (per cui necessita l'analisi non solo delle relazioni ma della relazione tra relazioni).
5. Perciò, se come recita il primo assioma della comunicazione "non si può non comunicare", giacché ogni comunicante è membro di un sistema esteso di comunicazione, è impossibile anche non comunicare contemporaneamente con tutte le N persone partecipanti al gioco.
6. Inoltre, siccome ogni persona o gruppo può attribuire al processo di comunicazione un valore diverso ben si comprende che, in genere, nelle organizza-

Ognuno ha esperienza del problema degli orari di visita negli ospedali.

Tutti siamo al corrente di quanto, nel non lontano passato, si sia dibattuto nei reparti pediatrici sulle conseguenze riguardo alla più o meno temporanea separazione del bambino dalla madre⁸. Si è arrivati fino ad ipotizzare una compromissione della salute mentale del bambino stesso. Oggi il problema dell'ospedalizzazione infantile viene in parte ridimensionato attraverso un allargamento del campo di osservazione che, oltre la diade madre-bambino, include altre variabili sia di tipo familiare sia sociale, fra cui (non certo meno importante) quella delle interazioni che si sviluppano tra gli operatori del reparto pediatrico e tra questi e famiglia.

Teniamo presente in questo nostro caso un particolare elemento. Nel reparto pediatrico a cui ci riferiamo era previsto ufficialmente un orario d'accesso dei parenti nel limite di due ore giornaliere. Ciononostante, si era creata una prassi per cui erano tollerati orari diversi di permanenza, anche di tutto il giorno, indipendentemente dalla gravità della malattia del bambino.

È comprensibile lo stato di disagio, con continue tensioni sia tra il personale interno sia tra genitori. Serpeggiava un forte disagio: chi come parente rimaneva in reparto oltre l'orario percepiva una costante incertezza e non sapeva se era un diritto, una concessione o un dovere. Nonostante che il termine dell'orario di visita, come era stato deciso dalla direzione, fosse ogni volta puntualmente annunciato tramite altoparlante, c'era chi tra gli operatori si mostrava accondiscendente, se non addirittura incoraggiante alla permanenza, chi invece intollerante e, a volte, aggressivo sia verso i colleghi di lavoro sia verso i parenti.. Dobbiamo sapere che tutti i tentativi di arrivare con il primario ad una regolamentazione effettiva erano stati boicottati. Il non essere arrivati neppure ad un confronto dimostrava che questo aspetto di contenuto (cioè l'orario) era diventato secondario, ormai, rispetto ad un aspetto che riguardava la comunicazione, un problema di "potere", di conflittualità tra gruppi interni. Non era più una questione di orario ma di relazione.

Significativa la posizione del personale infermieristico, contrario ad una dilatazione dell'orario, per l'ovvia ragione che ne subiva più direttamente i maggiori svantaggi. Si scoprì che questo atteggiamento, pur contrario, contribuiva però alla stasi della situazione, dovuta al fatto che gli infermieri ritenevano che il personale medico fosse troppo permissivo con i genitori.

La logica del personale infermieristico, a parte qualche caso, si può condensare nella formula del "tanto peggio, tanto meglio": "Se i medici fanno i carini con i genitori, noi abbiamo imparato ad essere più carini di loro, accettando questa situazione, anzi incoraggiandola per avere dalla nostra i parenti, e mostrare così il nostro potere". Ciò che irritava soprattutto un piccolo ma coeso gruppo di infermieri era il fatto che i genitori si mostravano più aggressivi con loro e meno con i medici e che quest'ultimi, di fronte ai conflitti tra infermieri e pazienti, si schierassero quasi sempre dalla parte dei parenti.

zioni anche più semplici (pensiamo ad uno studio associato di tre persone, ad una famiglia, ad un piccolo gruppo di condomini,...) ci si trova di fronte ad un gioco relazionale che può diventare complesso e mutevole. ■

Chi me lo fa fare?

A questo punto, mi preme mettere ulteriormente a fuoco il concetto di comunicazione, più

che sul versante dell'organizzazione, da quello più strettamente interpersonale.

Sappiamo quanta importanza abbia in campo clinico la forza di volontà, la speranza, la capacità di affrontare positivamente la malattia da parte del paziente. Essa è spesso legata alla personalità stessa dell'ammalato, ma dall'altra al tipo d'attenzione che l'équipe medica, la struttura sanitaria nel suo insieme, il particolare rapporto medico-paziente e i fami-



liari riescono a creare. Per questo, le modalità comunicative diventano strumento co-essenziale, non solo per l'esito terapeutico, ma, più in generale, per quella tipica azione pedagogica di ri-orientamento e di trasformazione anche sul piano esistenziale.

Si tratta di una co-terapia, quindi, che, lungi dal volersi trasformare in azione psicoterapeutica, di fatto concorre a promuovere le risorse fisio-psichiche e spirituali del paziente.

Dal caso presentato si comprende che quanto più le risorse umane ed organizzative in campo di prevenzione e di cura sono comunicanti tra loro e con i cittadini, tanto più sono "umanizzanti" e, in pratica, risolutive anche sul piano dell'efficienza e dell'efficacia dell'azione stessa, sia essa terapeutica sia organizzativa.

Decisivo, in questi casi, è il ruolo esercitato dalla comunicazione interpersonale quando, facendo leva sui meccanismi più autentici, sa prima di tutto conquistare e promuovere l'alleanza interiore dell'ammalato con se stesso, come risposta personale al senso del dolore, a volte incomprensibile, misterioso. Chi sa dare e offrire un significato al dolore, sa anche avvicinarsi e avvicinare ai grandi "perché" della vita e della morte, del limite e dell'oltre il limite.

Ma il medico sa, per primo, nel dialogo con se stesso, mettersi di fronte ed entrare in questa ricerca di senso? Sappiamo veramente cos'è il dolore, piccolo o grande esso sia? Cosa si prova quando la notte ci assale?

Ci sarà un perché alla sofferenza? Dove trovo la risposta? Sono momenti decisivi, in cui l'ammalato può esser aiutato, anche con uno sguardo, con un cenno, con una parola giusta, a trascendere la sua condizione fisica per avvicinarsi di più al senso della sua sofferenza e, in definitiva, al valore della stessa esistenza.

Una comunicazione che, lungi dall'esser pietistica, falsamente consolatoria o burocraticamente professionale, distaccata o crudamente realistica, sa muovere dal più pro-

fondo di noi stessi, dalla nostra genuina, umanissima sollecitudine per le sorti di un'altra persona, tutta simile a noi, anche in questo suo soffrire. Serve promuovere tra medici un'interpretazione umanistica della sofferenza, di fronte alla quale il malato non deve essere considerato passivo, ma aiutato ad affrontare con dignità il dolore¹⁰.

E la sofferenza è comunque vita. Chiediamoci, piuttosto, con coraggio e lealtà, prima di tutto con noi stessi, come ci suggerisce Carl Rogers: 'Sono arrivato a chiedermi: posso io veramente udire i suoni e percepire i lineamenti interiori di quella persona? Posso io diventare una cassa di risonanza del suo messaggio profondo? Riesco a farlo riecheggiare in me, in modo tale da poter avvertire non solo le cose che questa persona conosce di se stessa, ma anche quelle che ignora o teme, ma che pur tuttavia vorrebbe comunicarmi?'.

Meno sguardo burocratico e più umanità quindi. Se non ci fosse umanità nei nostri ospedali, nei nostri ambulatori, nei rapporti tra operatori, non si potrebbe sostanzialmente distinguere un medico o un infermiere da un tipo di professione qualunque.

Ma lo stesso potremmo dirlo di un insegnante, di un politico o di un economista. Se togliamo l'attenzione all'uomo, alla persona, alla sua dignità, ogni professione rischia di degradare e di strumentalizzare ai fini egoistici, dell'efficienza o dei giochi di mercato o dell'informazione senz'anima.

Ciò comporta anche un approccio a tutti gli aspetti scientifici e tecnologici nel campo medico, prima di tutto attento al destinatario delle cure, all'ammalato, che non dovrà mai esser confuso con quello di un numero di letto o con un dato informatico. Ma attenzione anche all'apparato, all'organizzazione interna ed esterna del sistema nel suo insieme, perché interdipendente e con-causa di molte efficienze-inefficienze.

È il volto, l'emblema, il richiamo più visibile, più nobile e sublime che ci richiama alla realtà di fare tutto bene per il benessere dell'uomo. E

ciò significa ricordarsi che è il volto l'espressione più tipicamente umana. È dal volto che si capiscono il dolore, la gioia, lo stupore. Restituire dignità ad un volto significa allora porsi nella prospettiva del "dono di sé", di quel tipico movimento o gesto gratuito che ci fa entrare nel cuore di chi è nel bisogno.

A questo punto è doveroso chiederci: "Ma se conoscessimo anche le più sofisticate e profonde regole della comunicazione, chi, che cosa, può ricondurre la comunicazione a quella sua più autentica funzione di attenzione e di ascolto, di civiltà, di vera umanizzazione della vita?". È sufficiente un buon corso di strategie psicologiche? O, più drasticamente, è sufficiente affidarsi a quell'ampio repertorio di tecniche e di terapie, tanto caro oggi ad una certa medicina da super mercato dell'offerta¹¹? Non è esso un modo tanto comodo quanto irresponsabile per abbandonare sempre di più l'uomo alla sua solitudine di fronte alla sofferenza?

Sono convinto che serva un surplus d'animo, d'intelligenza morale e spirituale, una forte decisione intima per il bene delle persone, delle cose, dell'organizzazione. È sostanzialmente un atto di generosità, un'apertura di credito alla vita. ■

Comunicazione: strategia di vita

Chi me lo fa fare? Perché io, se gli altri sembrano distratti altrove, indifferenti?

Nessuno è obbligato a spendersi per un livello più alto di dignità della vita, di quella delle innumerevoli persone che incontriamo, delle organizzazioni e dei gruppi, delle comunità di lavoro e di ricerca, di cui siamo parte. Ma chi lo fa - sono convinto - contribuisce a far crescere proprio quel "PIL della felicità", quel bene relazionale, che è il vero, unico bene che può aumentare la felicità propria e degli altri.

"Ecco come io mi vedo, ecco come ti vedo, ecco come vorrei che tu fossi". Liberata dalla paura, dalla fretta, dalla superficialità o dall'egoismo, la comunicazione sa per-

correre le strade spesso nascoste e più intime della persona o delle persone che ci stanno accanto. "So che tu mi ascolti e sei attento ai miei desideri più veri, e tutto questo sento che tu me lo doni senza doppi giochi o pretese di potere; così, semplicemente perché vuoi che la vita abbia un senso più pieno per te e per gli altri; e ciò mi restituisce a me stesso e alla vita; mi dà nuovamente fiducia".

Ricordiamoci sempre che la comunicazione è la via necessaria per poterci mettere in relazione, ma sono il rispetto, la cooperazione, il dono, la fatica di comprendersi e di camminare insieme, la vera passione deontologica, a loro volta, le condizioni indispensabili (e questo lo scopriamo soprattutto quando ci vince il dolore e la solitudine) che danno senso, solidità e dignità al nostro essere in comunicazione e, in fondo, a tutta la nostra vita. ■

■ Bibliografia

1. A livello antropologico-filosofico, psicologico e spirituale, su questa vasta tematica si confrontano alcuni significativi contributi, quali ad esempio: M. K.Gandhi, Teoria e pratica del-

la non violenza, Einaudi, Torino 1986; E. Fromm, L'arte di amare, Mondadori, Milano 1996; E. Lévinas, La traccia dell'altro, Pironti, Napoli 1985; M.L. King, La forza di amare, SEI, Torino 1967; V.E. Frankl, La vita come compito, SEI, Torino 1997.

2. In lingua italiana D.Kahneman è presente nell'antologia: Felicità ed economia (a cura di L.Bruni e P.L. Porta), Guerini, Roma 2004, e Economia cognitiva e sperimentale (a cura di M.Motterlini e F.Guala), Università Bocconi editore, Milano 2005.
3. V.E. Frankl, La vita come compito, SEI, Torino 1997.
4. R. Bonisteel, Man alive-Uomo vivo, "Attualità in Logoterapia", 2, 2002, p. 44.
5. E. Morin, Il metodo, Feltrinelli, Milano 1983.
6. M. Crozier, E. Friedeberg, Attore sociale e sistema, Etas, Milano 1978.
7. M. Sellini Palazzoni, Sul fronte dell'organizzazione, Feltrinelli, Milano 1987, pp.82-106.
8. J. Bolbwy, La separazione dalla madre, Boringhieri, Torino 1975.
9. P. Watzlawick et al., Pragmatica della comunicazione umana, Astrolabio, Roma 1967; si confronti in particolare l'ampia riflessione di C. Ricci, qui sinteticamente riportata (cfr. M. Selvini Palazzoli, Op. cit., pp. 215-228).
10. V. E. Frankl. Homo patiens, Queriniana, Brescia 1998.
11. I. Lizzola, Aver cura della vita, Città aperta, Troina (Enna) 2002. ■

sviluppate, pongono l'organizzazione in collegamento automatico con soggettività estranee e creano un meccanismo spontaneo di trasmissione e ricezione di segnali e di messaggi che rappresenta la comunicazione. ■

2. I compiti della struttura di comunicazione

La struttura di comunicazione di un'azienda sanitaria pubblica ha, pertanto, il compito di governare le relazioni interne ed esterne che l'organizzazione intrattiene con i propri *stakeholder*.

Letteralmente, *stakeholder* significa "possedere o portare un interesse, un titolo, inteso nel senso di un diritto". Lo *stakeholder* è, dunque, un soggetto (o un'associazione, un gruppo di persone, etc.) che ritiene di detenere un titolo per entrare in relazione con una determinata organizzazione. Un soggetto le cui opinioni o decisioni, i cui atteggiamenti o comportamenti possono favorire od ostacolare il raggiungimento degli obiettivi o dei fini istituzionali dell'organizzazione.

Stakeholder di un'azienda sanitaria pubblica possono essere i seguenti soggetti/enti:

- cittadini (segmentati per classi omogenee)
- operatori (segmentati per famiglia o profili professionali, compreso i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali);
- fornitori;
- enti ed istituzioni (in primis la Regione, ma anche le Province, i Comuni, i Consorzi socio-assistenziali, l'Università e gli istituti di formazione in generale, le altre Aziende sanitarie ed ospedaliere);
- enti privati accreditati
- società civile e suoi rappresentanti (associazioni di volontariato, di consumatori e di tutela dei diritti dei cittadini).

Per governare tali relazioni l'organizzazione si serve di una serie di strumenti che possono essere sintetizzati nella parola *PENCILS* (matite)

P = *publications* (pubblicazioni, qualsiasi forma di pubblica-

EPISTEMIOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE NEI SISTEMI SANITARI

Gerardantonio Coppola

Direttore della Struttura di Comunicazione e Qualità dell'ASL 8 di Chieri (TO)

1. Non si può non comunicare

La comunicazione è un atto creativo che stabilisce un legame tra gli interlocutori e realizza un'intesa rispetto ad un'unità di contenuto. La comunicazione è, dunque, lo strumento necessario per stabilire e mantenere una relazione.

Secondo Watzlawick, della scuola di Palo Alto, non è possibile non avere un comportamento. "Ora, se si accetta che l'intero comportamen-

to in una situazione di interazione ha valore di messaggio, ne consegue che, comunque ci si sforzi, non si può non comunicare".

Quindi qualsiasi individuo o, a maggior ragione, organizzazione per il solo fatto di esistere e di operare innesca dei processi conoscitivi in quanti con essa vengono a contatto, direttamente o indirettamente. L'identità psicologica e fisica, le scelte politiche, le scelte strategiche, le modalità con cui vengono



zione a supporto cartaceo od informatico)

- E = *events* (eventi culturali ed altro; ad esempio: convegni, conferenze, seminari, *consensus conference*, etc.);
- N = *news* (notizie; ad esempio: la stampa aziendale ed i rapporti con i media informativi);
- C = *community* (relazioni con le comunità di riferimento)
- I = *identity* (tutte le componenti visive e comportamentali che producono l'identità)
- L = *lobbing* (relazioni con le amministrazioni)
- S = *social* (comportamenti sociali).

2.1 L'Ascolto

L'organizzazione deve, per poter progettare ed erogare servizi coerenti con le aspettative ed i bisogni della popolazione, "ascoltare" i propri stakeholder. Deve, poi, verificare in che misura i servizi sanitari progettati ed erogati sulla base delle esigenze emerse hanno soddisfatto i destinatari.

L'attività di ascolto, e dunque la ricerca, va realizzata in testa (per recuperare tutte le informazioni utili al fine di progettare un servizio che risponda alle reali esigenze, epidemiologiche e non, della popolazione) ed in coda al processo (per verificare il grado di allineamento del servizio erogato con quello percepito e per raccogliere informazioni per un'ulteriore miglioramento della qualità), allo scopo di aumentare sempre di più il grado di soddisfazione del cittadino e la sua fedeltà.

L'attività di customer satisfaction e di analisi e ricerca di una struttura sanitaria deve prendere in considerazione non solo il cittadino, ma anche gli altri pubblici di riferimento, con un occhio particolare alle esigenze e alle aspettative degli operatori: questo in quanto il coinvolgimento, il consenso e la motivazione del personale sono elementi irrinunciabili, se si vuole perseguire un serio programma di miglioramento della qualità dei servizi.

Al di là della giusta tendenza verso la standardizzazione, al fine di oggettivare al massimo il servizio offerto,

risulta evidente il ruolo articolato e complesso delle risorse umane, i cui atteggiamenti, sentimenti, emozioni e quant'altro non possono essere standardizzati.

I processi di miglioramento della qualità in sanità devono, pertanto, essere incentrati su persone, operatori e clienti, e, relativamente ai primi, è necessario creare un clima aziendale adeguato che generi comportamenti positivi, anche attraverso la valorizzazione delle risorse umane, l'esaltazione della creatività dei singoli e la considerazione degli slanci emotivi. ■

2.2 La comunicazione interna

In quest'ottica è fondamentale l'attivazione di canali di comunicazione interna in quanto gli operatori per poter svolgere adeguatamente i propri compiti ed assumersi le responsabilità proprie del ruolo hanno necessità di ricevere tutte le informazioni necessarie; infatti, un facile flusso di informazioni verso tutti i punti dell'organizzazione si pone come un elemento essenziale per un'efficace attività direttiva.

L'esecuzione di qualsiasi programma richiede che ciascun membro dell'organizzazione abbia la possibilità di comprendere perfettamente che cosa si richiede da lui.

Ogni livello dell'organizzazione, a partire dall'alta direzione, deve ricevere, interpretare, trasmettere informazioni di ogni tipo indispensabili per lo svolgimento di programmi ed il raggiungimento degli standard.

Inoltre, in un'organizzazione il personale deve disporre di meccanismi per comunicare verso l'alto le informazioni più importanti in quanto i dipendenti, che giornalmente svolgono importanti attività lavorative, sono spesso nelle migliori condizioni per individuare i problemi nel momento in cui si verificano.

Affinché tali informazioni possano fluire verso l'alto è necessario che l'azienda disponga di canali di comunicazione accessibili a tutti, come pure di una reale disponibilità ad ascoltare ciò che ognuno ha da dire; il personale deve essere con-

vinto che i superiori desiderano veramente conoscere i problemi e risolverli efficacemente.

È inoltre essenziale che il personale sappia che riportare informazioni pertinenti non darà luogo ad alcuna ritorsione.

In realtà, nelle aziende sanitarie pubbliche la comunicazione interna continua ad essere una variabile dipendente; essa, infatti, è più o meno sviluppata a seconda dello stile di direzione del management. Ovvero, la comunicazione interna, è tanto più presente ed evoluta quanto più lo stile di direzione e la struttura sono organizzati in modo tale da favorire la creatività, l'innovazione e la responsabilizzazione diffusa. È ovvio che se il modello organizzativo è verticistico, rigido e formale, gli strumenti della comunicazione interna saranno diversi e la stessa avrà, di conseguenza, altri obiettivi, più orientati all'informazione ed assumerà l'aspetto di una "concessione" della direzione generale, piuttosto che uno strumento di importanza strategica per lo sviluppo aziendale. ■

2.3 L'accoglienza e l'accompagnamento

Da non trascurare, tra i compiti assegnati alla struttura di comunicazione, quello relativo all'accoglienza ed accompagnamento dei cittadini nelle strutture sanitarie intesa sia in senso lato, ovvero facilitare l'accesso alla prestazione, sia nel senso di accompagnare fisicamente il paziente.

Il problema è particolarmente sentito nelle grandi strutture dove il paziente che deve eseguire una visita o che deve essere ricoverato spesso vaga alla ricerca del proprio ambulatorio/reparto o di qualcuno (di solito un camice bianco) che possa aiutarlo.

Tutto ciò, spesso, contribuisce a creare nel cittadino una situazione di grande confusione e di profondo disagio ed acuisce quella situazione di debolezza fisica e psicologica che già è insita in una persona malata e preoccupata per la propria salute.

A volte l'utente si trova poi a dover vivere il momento dell'acquisi-

zione delle informazioni sull'individuazione logistica degli ambulatori, dei reparti e degli uffici in generale, sull'organizzazione e sul funzionamento della struttura, sulle modalità di erogazione delle prestazioni, e quant'altro in una condizione quasi di antitesi rispetto all'ospedale.

Il primo impatto con la struttura è un momento delicatissimo, l'ospedale deve essere al servizio del cittadino e modulato sulle esigenze dell'utenza, in ottemperanza ai principi di personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza.

La presenza dell'ufficio relazioni con il pubblico nei grandi presidi risponde, tra le altre, anche a questa esigenza. ■

3. Il rapporto medico-paziente

L'attività qui descritta che va sotto il nome di comunicazione istituzionale, risponde a quanto previsto dalla normativa statale e regionale. Ma, bisogna chiedersi, quale altro

valore aggiunto può e deve fornire una struttura che si occupa di comunicazione in un'azienda sanitaria pubblica?

Oververosia, il proprio compito istituzionale si esaurisce nel governo della "qualità tecnica per struttura" o deve investire anche gli altri aspetti della qualità relazionale, come quella relativa al processo ed all'esito?

La risposta non può che essere positiva, considerato che per i cittadini la qualità relazionale, cioè la qualità della relazione che si stabilisce tra chi cura e chi deve essere curato (quindi il comportamento degli operatori verso gli assistiti, la comprensibilità delle informazioni, l'interesse, la cortesia, il rispetto, la disponibilità a fornire informazioni, etc.), riveste un'importanza di primo piano.

A ciò si aggiunga che la qualità della relazione condiziona gli esiti del processo diagnostico-terapeutico (Donabedian ed altri).

Riemerge, dunque, l'eterna que-

stione del rapporto medico-paziente e più in generale del rapporto tra i vari operatori che intervengono nel processo di cura ed il paziente.

Ma che cosa il paziente realmente cerca quando riferisce nelle varie ricerche sul grado di soddisfazione che vorrebbe essere riconosciuto, rispettato, trattato con cortesia?

Essere riconosciuto può voler dire, ad esempio, non essere identificato con un numero o con un posto letto, o con la propria patologia ma come persona unica e non fungibile, che ha delle proprie caratteristiche distintive, delle proprie idee, dei propri sentimenti, dei propri diritti. Significa anche riconoscere quali responsabilità si hanno nei confronti del paziente.

Il riconoscimento e quindi il rispetto consentono al paziente di sentirsi persona, ovvero soggetto stimato per una serie di capacità fondamentali anche quando adagiato in un letto d'ospedale. ■

COMUNICAZIONE E QUALITÀ TRA MEDICI E CON I PAZIENTI: ANALISI DELLA REALTÀ ATTUALE E VALUTAZIONE DELLE CRITICITÀ

Evaristo Giglio

Resp. Educazione alla Salute e HPH A.USL 8 Arezzo. Master in "Comunicazione biosanitaria" Università di Pisa

Premessa

La relazione che segue è stata presentata al Convegno sulla comunicazione in sanità promossa il 2 dicembre 2006 dall'Ordine dei Medici di Arezzo. Il convegno rappresenta il primo di un insieme di eventi che l'Ordine, in collaborazione con l'A.USL 8 e la FIMMG, intende portare avanti per sensibilizzare l'attenzione dei medici e dei rappresentanti della società civile verso i temi sempre più complessi e delicati che concernono la "Comunicazione" in sani-

tà. Viene da tempo avvertito anche dai medici un progressivo disagio, rilevato nella pratica quotidiana e riconducibile, in gran parte, proprio ai problemi connessi alla qualità dei rapporti concernenti la comunicazione all'interno dello stesso ospedale tra reparti o dipartimenti diversi, o nelle interrelazioni operative tra ospedale e territorio, o infine nella comunicazione tra medici di medicina generale (MMG) e specialisti ospedalieri.

Tale disagio oltre che causare varie

interferenze negative sugli aspetti organizzativi e sull'efficacia degli stessi interventi clinici finisce per compromettere lo sviluppo del sistema che pone al centro il paziente e i suoi bisogni sanitari, minando alla base il concetto stesso di "percorso assistenziale" che deve basare la sua dialettica su una visione unitaria degli interventi, a prescindere dai ruoli specifici degli attori che concorrono al processo.

Il progressivo assottigliamento della comunicazione tra medici determi-



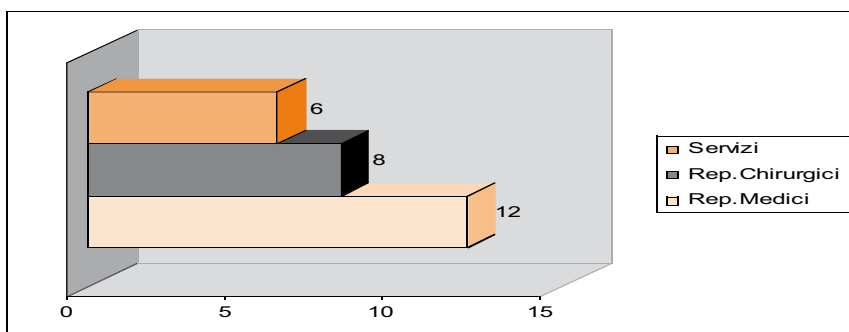


Fig. 1

Numero di reparti e servizi ospedalieri intervistati in fase (a).

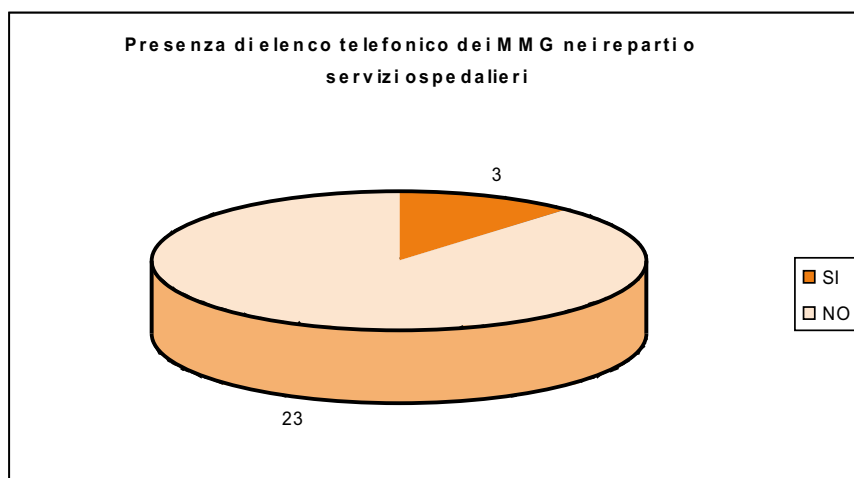


Fig. 2

Presenza di elenchi telefonici dei MMG nei reparti e servizi.

na dunque, da un lato, una sfavorevole influenza sui processi organizzativi dell'intero sistema sanitario locale, favorendo lungaggini negli interventi, duplicazioni inutili di esami, sostituzioni non concertate di terapie ecc., e dall'altro compromette la qualità del rapporto fondamentale tra medico e paziente. Il cittadino-utente, lungi, in questo contesto, dal posizionarsi al centro del percorso assistenziale, come idealmente viene da più parti indicato, si trova spesso in mezzo ai contorti e labili percorsi comunicativi che si producono a distanza tra specialista e MMG. Il paziente, frequentemente disorientato dall'assenza di riferimenti certi, diviene infatti molte volte l'unico tramite di messaggi che innescano ulterio-

ri aspettative o finiscono per causare sfiducia nel sistema.

La percezione sempre più forte di questo disagio legato alla insufficiente comunicazione ha spinto l'Ordine dei Medici di Arezzo ad indagarne le possibili cause con l'intento di stabilire, conseguentemente, se esistano reali possibilità di intervento atte a mutare lo scenario e migliorare nel tempo le necessarie relazioni tra sanitari e tra questi e i cittadini.

Alcune iniziali conoscenze sulle criticità dell'argomento, maggiormente percepite tra gli addetti ai lavori sono riportate nel capitolo che sintetizza i risultati di una indagine conoscitiva svoltasi su un campione di medici ospedalieri e medici di medicina generale.

L'indagine nell'ospedale e tra i MMG

Dopo la formalizzazione di un gruppo di lavoro, costituitosi su indicazione dell'Ordine dei Medici, a cui hanno contribuito medici di medicina generale e medici della locale ASL su mandato della direzione aziendale, si sono tenuti degli incontri del gruppo che hanno prodotto un modello di intervento articolato in tre fasi:

- somministrazione di un questionario chiuso a risposte multiple ai coordinatori infermieri di un campione di reparti e servizi ospedalieri, per acquisire notizie circa l'attivazione o l'utilizzo di strumenti informativi concernenti i rapporti, in fase di ricovero o dimissione, con i servizi sanitari territoriali, la medicina generale e i familiari del paziente;
- intervista sulle criticità percepite nella comunicazione con medici e pazienti in un campione di medici ospedalieri;
- somministrazione di un questionario a risposta multipla e intervista ad un campione di medici di medicina generale sulle criticità percepite nella comunicazione con gli specialisti ospedalieri e i pazienti

I medici intervistati o a cui sono stati somministrati i questionari sono complessivamente 51. Di essi 27 erano medici ospedalieri e 24 medici di medicina generale.

Risultati del questionario somministrato agli infermieri coordinatori di reparti e servizi ospedalieri

Uno dei primi strumenti informativi di cui abbiamo verificato la presenza nei vari reparti e servizi è stato il semplice elenco telefonico dei medici di famiglia che, come mostra la **Fig. 2**, era presente solo in tre strutture ospedaliere tra quelle intervistate.

Si è dunque passati a verificare la presenza di protocolli definiti ed applicati relativi alla fase di dimissione protetta e al coinvolgimento, durante questo passaggio, dei

servizi territoriali. Come si evidenzia nella **fig. 3** circa la metà di tali strutture non utilizza protocolli. Ciò determina dunque, in tali strutture, un rapporto occasionale, non sistematico, dell'attivazione dei servizi territoriali e il più delle volte il passaggio delle consegne terapeutiche ed assistenziali alla dimissione ospedaliera avviene tramite i familiari del paziente.

Procedure sistematiche di comunicazione con il MMG, finalizzate alla continuità terapeutica, vengono garantite sistematicamente in circa 6 strutture su 10 **fig. 4-a** ma il dato tende a peggiorare se si considerano soltanto i reparti chirurgici **fig. 4-b**.

Fig. 3

% di strutture con protocolli di dimissione protetta che coinvolgono il territorio.

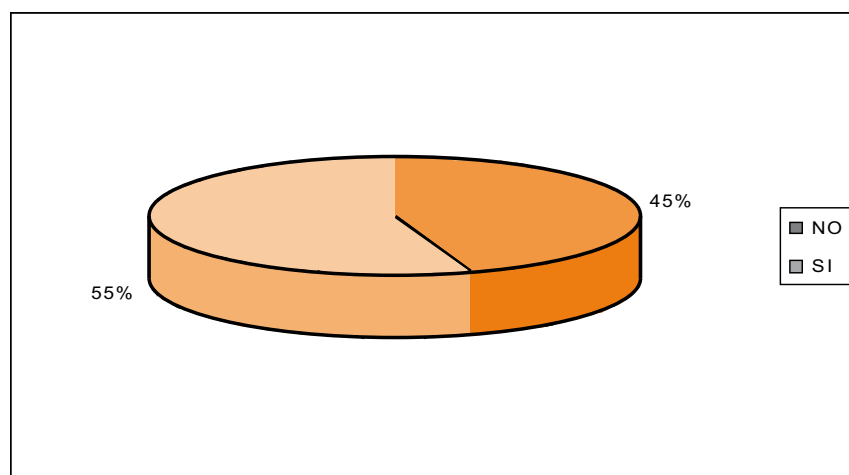


Fig. 4-a

Procedure di comunicazione con MMG per garantire la continuità terapeutica alla dimissione: da tutte le strutture intervistate.

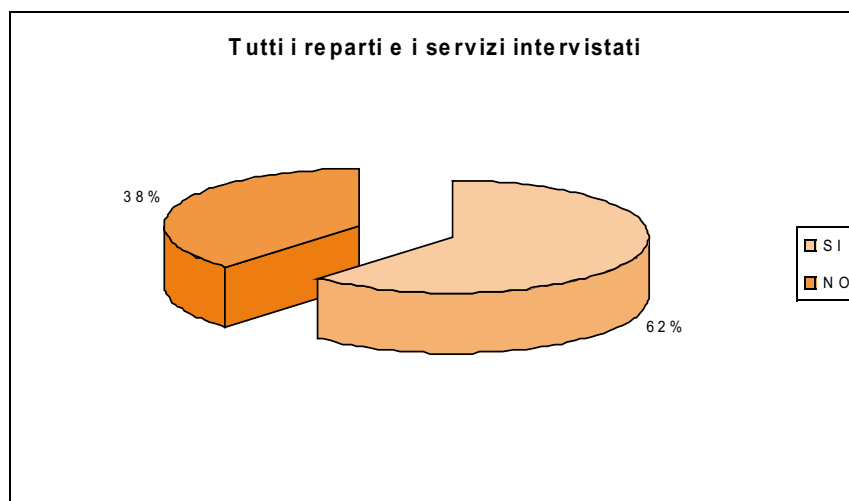
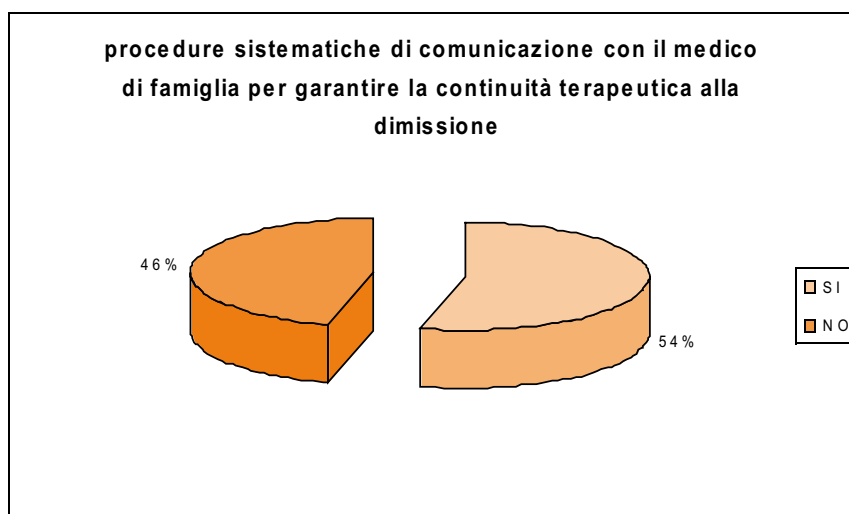


Fig. 4-b

Solo dai reparti chirurgici.



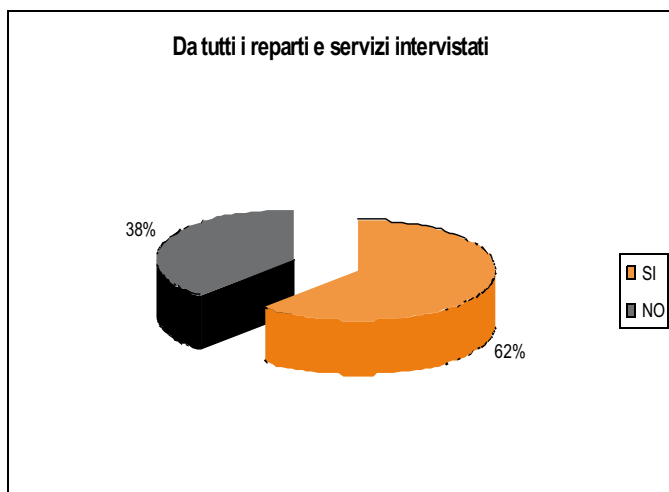


Fig. 5-a

Procedure standard per la comunicazione dei familiari sul piano assistenziale.

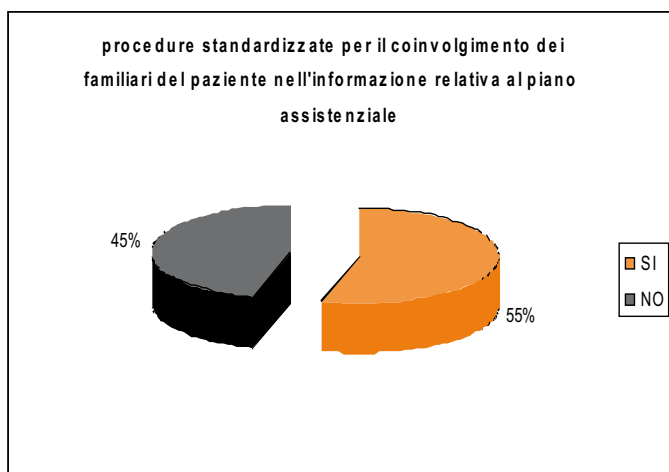


Fig. 5-b

Solo dai reparti chirurgici.

Infine il questionario ai coordinatori infermieri prevedeva alcune domande finalizzate a conoscere se i reparti o i servizi utilizzavano procedure standard per il coinvolgimento dei familiari nell'informazione relativa al piano assistenziale. **Fig. 5-a e 5-b**

Le figure 5a e 5b mostrano un andamento sovrapponibile sostanzialmente ai risultati sulla comunicazione con il MMG in fase di dimissione, con procedure che risultano implementate complessivamente in 6 strutture su 10 e con una riduzione delle stesse nei reparti chirurgici in cui il rapporto tende al rapporto 1:1.

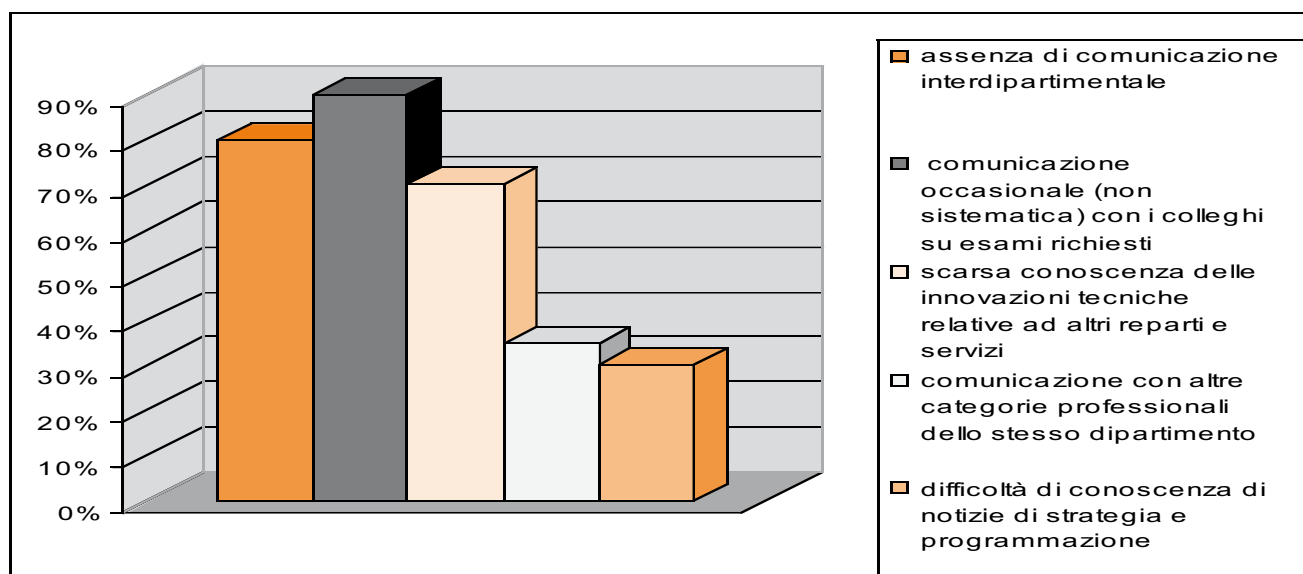
I risultati dell'indagine sul campione di medici ospedalieri

Per quanto concerne la seconda fase dell'indagine che si è rivolta ai medici ospedalieri con domande aperte al fine di stabilire quali potessero essere le criticità da essi maggiormente percepite, vengono riportati in **Figura 6** le principali criticità percepite relative alla comunicazione in ambito ospedaliero.

Si notino i valori elevati, compresi tra il 70 e il 90%, di alcune voci che sottolineano le criticità rispetto alla comunicazione tra diversi dipartimenti, anche in relazione ad innovazioni tecniche poste in essere in altre strutture dello stesso ospedale e, più in generale, alla comunicazione "clinica" tra colleghi. Frequenti, anche se meno consistenti

Fig. 6

Criticità espresse in valore % tra i medici ospedalieri sulla comunicazione in ambito ospedaliero.



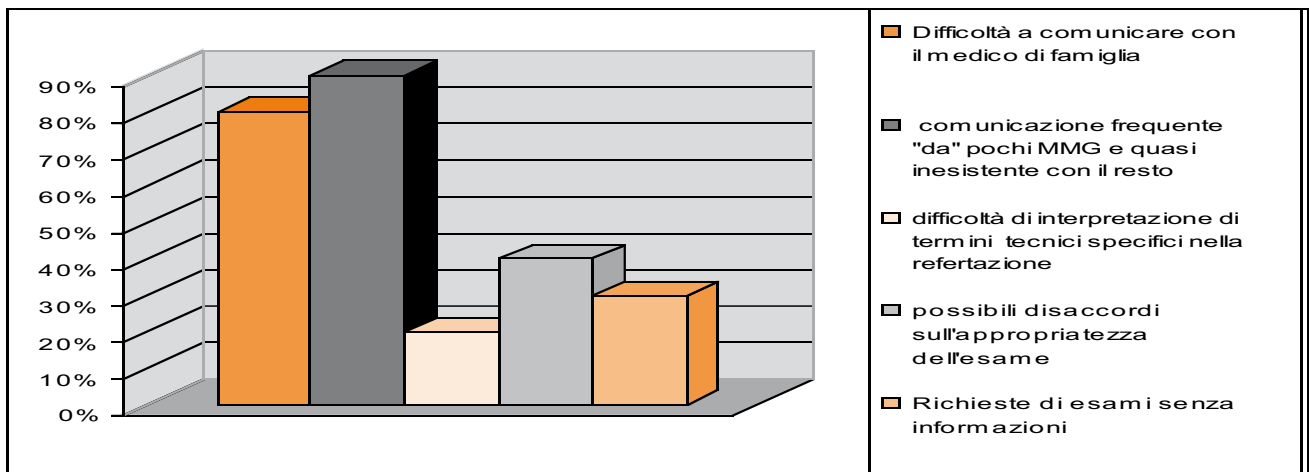


Fig. 7
Criticità percepite dagli specialisti ospedalieri nella comunicazione con i MMG.

appaiono i problemi riguardanti la comunicazione tra diverse categorie professionali all'interno di una stessa struttura o dipartimento e le difficoltà per conoscere le strategie di programmazione. In particolare quest'ultimo dato veniva rilevato soprattutto tra i dirigenti medici di primo livello mentre era praticamente inesistente tra i primari intervistati.

Sul versante della comunicazione con i medici di medicina generale, l'indagine condotta sui medici ospedalieri ha permesso di rilevare le criticità raggruppate nella **fig. 7**. Anche qui si rilevano criticità evidenziate da quasi tutto il campione con percentuali tra l'80 e il 90% relative a una difficoltà generale di in-

terloquire con il medico di medicina generale, senza addurre, per questo, cause specifiche e, per contro, una comunicazione consolidata con un numero limitato di medici il cui rapporto si è sviluppato nel tempo grazie a conoscenze dirette, spesso interpersonali. Altre problematiche sentite da percentuali minori tra gli intervistati concernevano i possibili disaccordi sull'appropriatezza dell'esame, la difficoltà di interpretazione, da parte di alcuni MMG di termini estremamente specialistici nella refertazione con possibili ricadute negative sulla prescrizione di altri esami inutili (è il caso ad esempio della descrizione di strie atelettiche su referto radiologico che innesci la prescrizione di TC to-

race ingiustificata, trattandosi di un reperto senza significati di evolutività). Infine alcune lamentele riguardavano lo scarso apporto di notizie relative alla diagnosi nella prescrizione di alcuni esami, in particolare nella richiesta di esami ematochimici, in cui la evidenziazione di alcuni segni potrebbe favorire una particolare attenzione da parte del laboratorio in fase di trascrizione del risultato, o nella richiesta di esami strumentali o visite specialistiche. A questo proposito sono stati analizzati due campioni di richieste di visita cardiologia ed ECG e di visita cardiologica, ECG ed ecocardiografia, i cui risultati sono riportati nelle

figg. 8 e 8-a.

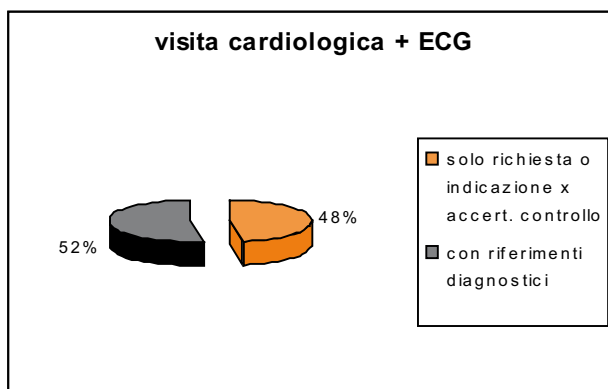


Fig. 8
Presenza di diagnosi su 156 richieste.

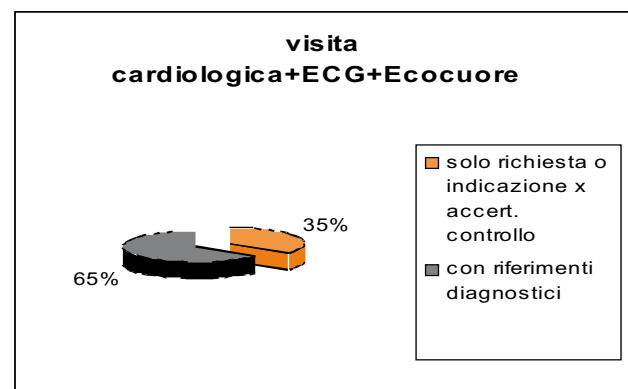


Fig. 8-a
Presenza di diagnosi su 160 richieste



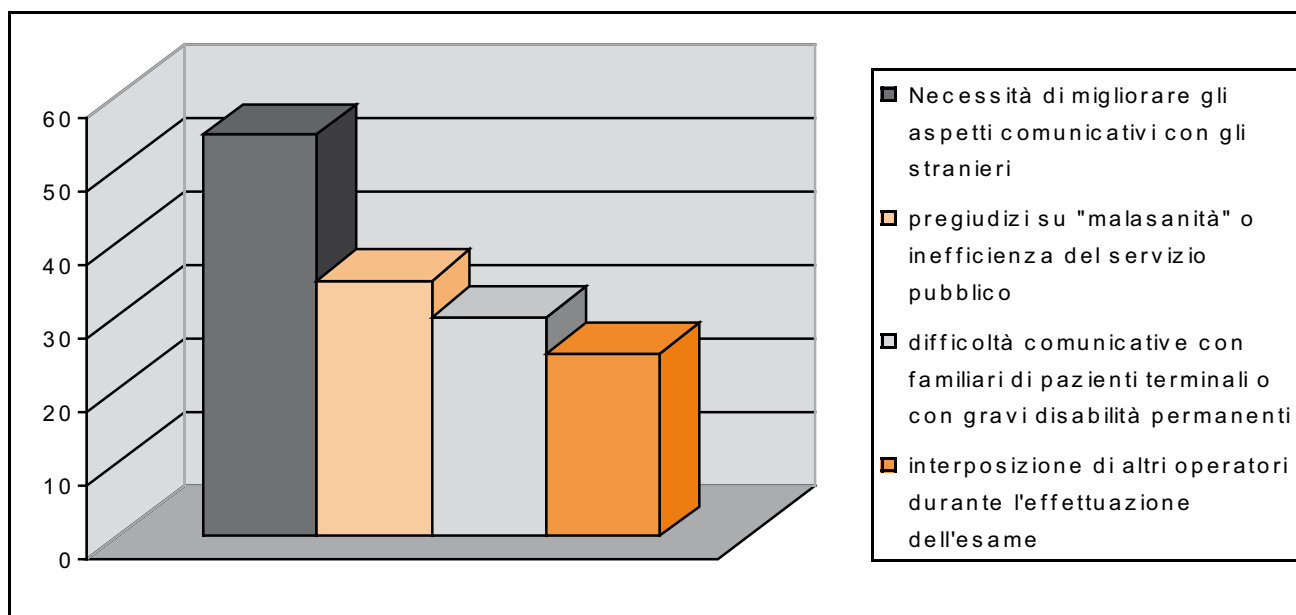


Fig. 9
Criticità più frequenti riferite dai medici ospedalieri nel versante della comunicazione con pazienti e familiari.

Infine la **fig. 9** riporta alcuni dei problemi più sentiti tra i medici ospedalieri in relazione al versante comunicativo con i pazienti e i familiari.

Le maggiori criticità riguardano, in questo settore, le difficoltà relative alla comunicazione con gli stranieri, e ciò è maggiormente percepito nei reparti in cui l'impatto con gli immigrati è cresciuto in maniera esponenziale negli ultimi anni (ostetricia, pediatria) ma è presente anche in altri reparti medici e chirurgici in relazione ad un crescente accesso di tali fasce di popolazione registratosi in tutti i servizi ospedalieri. A questa

voce segue la difficoltà di comunicazione innescata da atteggiamenti pregiudiziali da parte di utenti di fronte a fenomeni mass mediatici di "malasanità" che spesso creano nei cittadini scarsa fiducia nel sistema sanitario pubblico. In alcuni reparti e servizi in cui maggiore è l'impatto con problematiche relative alla qualità della vita o alla prognosi "quoad vitam" si rileva, infine, una forte preoccupazione da parte dei medici per ciò che concerne l'impotenza nel fronteggiare l'ansia crescente dei familiari.

L'indagine sul campione dei MMC

Dal questionario somministrato al campione di medici di M.C. sono stati estratti i risultati di alcune tra le domande più significative in esso contenute.

Sia per l'illustrazione dei motivi che rendono necessario un esame sia per le spiegazioni delle modalità di esecuzione, i pazienti possono contare su un'elevata disponibilità dei propri medici curanti.

Lo stesso dicasi per eventuali spiegazioni rispetto agli effetti indesiderati di farmaci in fase prescrittiva

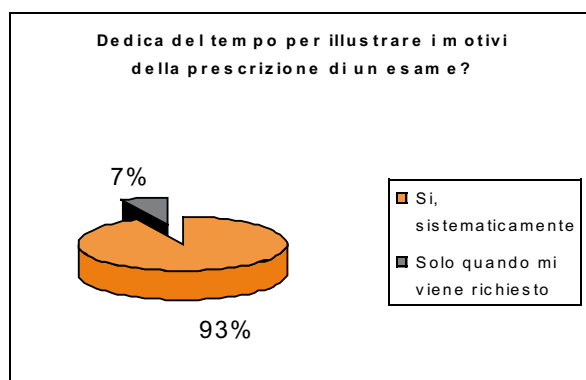


Fig. 10
Prescrizione esame e tempo dedicato per illustrare i motivi all'assistito.

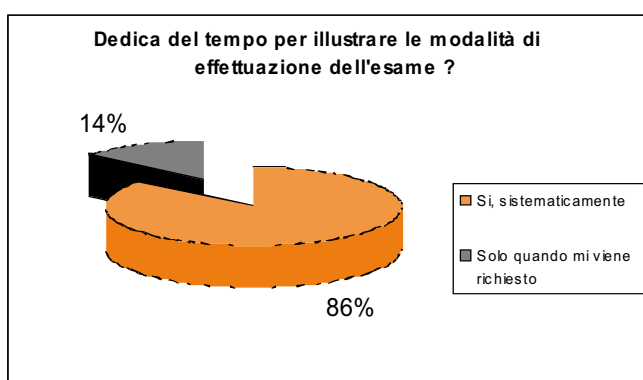


Fig. 11
Spiegazioni relative alla modalità di esecuzione dell'esame.

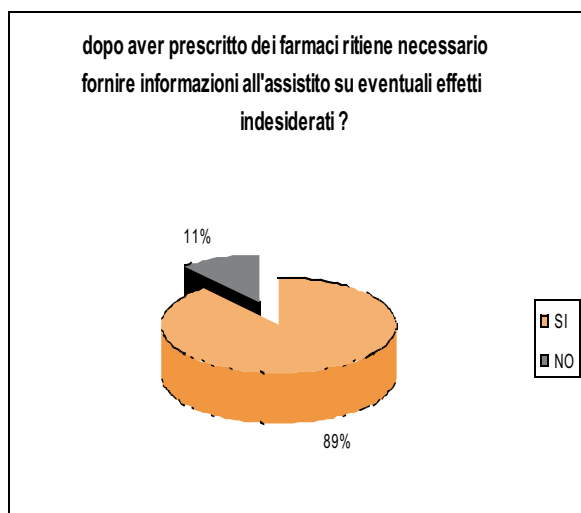


fig. 12. La bassa percentuale rilevata tra coloro che decidono di non informare i pazienti sugli effetti indesiderati giustifica tale scelta per evitare problemi di compliance alla terapia, intervenendo comunque con la sospensione del farmaco qualora venga evidenziata dall'assistito l'insorgenza di eventuali effetti indesiderati e dando spiegazioni in quella sede

La **figura 13** pone in evidenza il comportamento della grande maggioranza nel campione dei medici (95%) che cerca di convincere un proprio assistito con argomentazioni adeguate qualora questi richieda farmaci di cui non esistono prove scientifiche sulla sua efficacia o quando la richiesta ricada su esami specialistici strumentali in assenza di utilità o appropriatezza.

Nella **figura 14** sono riportate le risposte che il campione di medici di famiglia ha dato riguardo al contatto con l'ospedale in fase di ricovero di un assistito. Ebbene oltre i tre quarti del campione cerca di mettersi in contatto con l'ospedale per comunicare il ricovero. La metà circa dei medici intervistati prova a contattare direttamente un medico del reparto, mentre il 27% cerca di sincerarsi con l'infermiere coordinatore di reparto che vi sia un posto letto disponibile. Solo un quarto dei medici preferisce non contattare l'ospedale o lo fa solo in casi particolari.

Fig. 12
informazioni sugli effetti indesiderati nel campione intervistato.

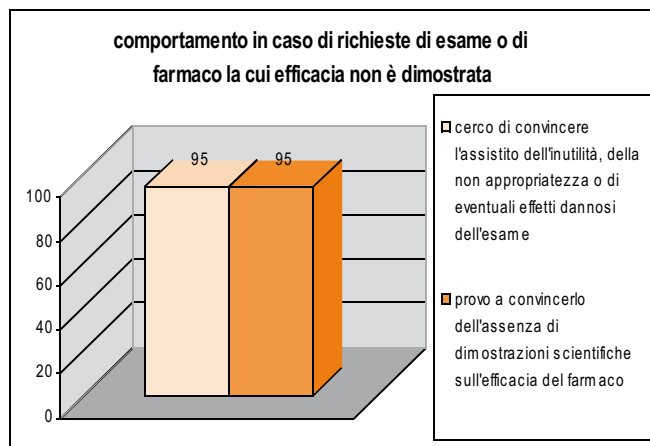


Fig. 13
Comportamenti di fronte a richieste di esami. o farmaci di cui non v'è evidenza di efficacia.

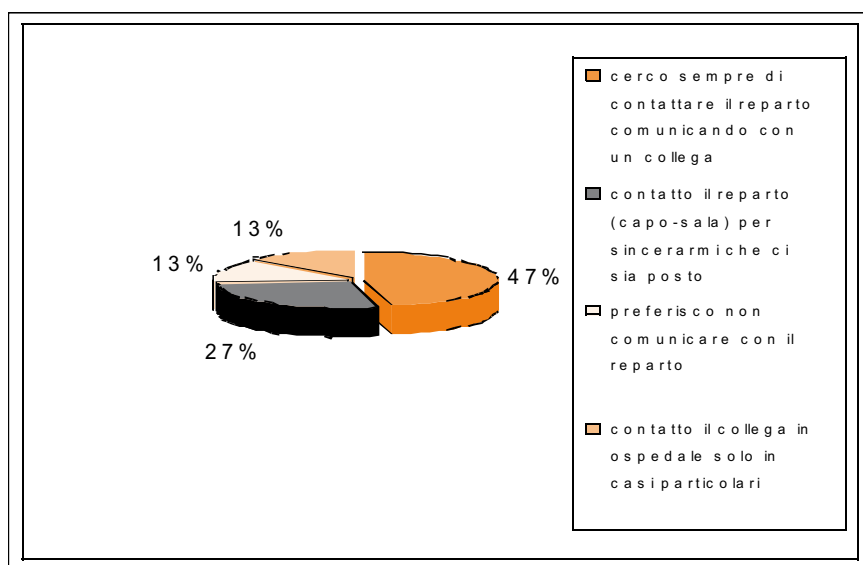


Fig. 14
Distribuzione percentuale di risposte in caso di ricovero ospedaliero di un assistito.



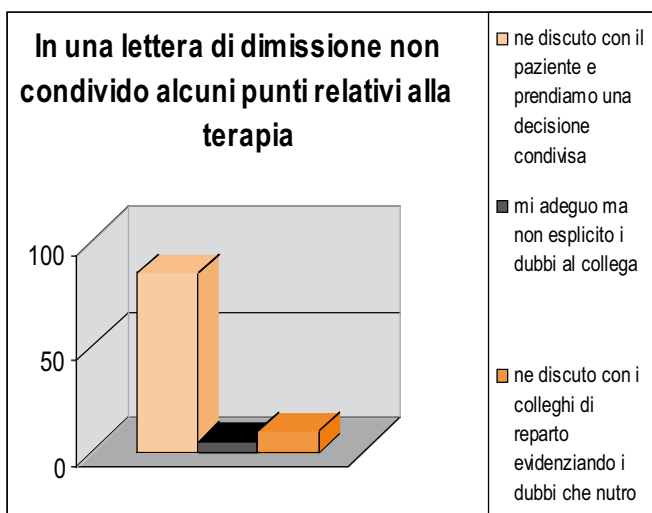


Fig. 15

MMG e dubbi sul trattamento prescritto dai colleghi in ospedale.

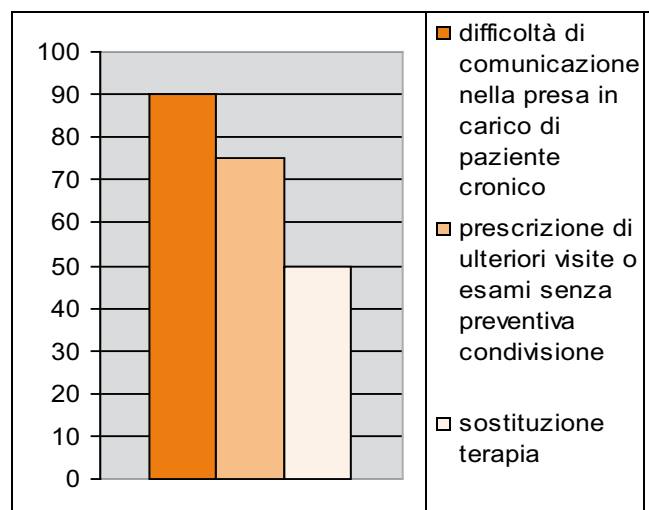


Fig. 16

Criticità evidenziate da MMG nella comunicazione con gli specialisti.

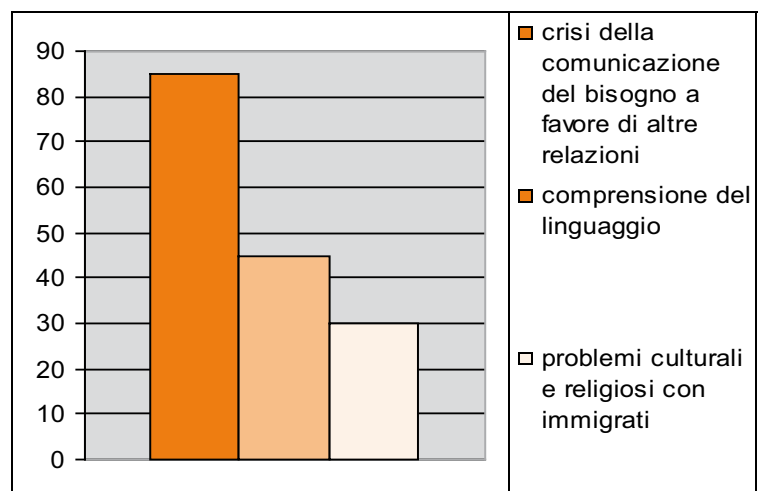


Fig. 17

Maggiori criticità evidenziate dai medici rispetto alla comunicazione con gli assistiti.

La **figura 16** evidenzia le maggiori criticità evidenziate dai medici di famiglia nella comunicazione con gli specialisti. Tra esse prevale la difficoltà di comunicazione nei casi urgenti di ricovero di soggetto affetto da complessi patologici cronici che arrivano alla fase dello scompenso e necessitano, pertanto, di urgente ricovero e presa in carico per giungere quanto prima ad una ridefinizione della diagnosi e del conseguente trattamento. In questi casi, circa il 90% degli intervistati evidenzia seri problemi di comunicazione correlati a problematiche di tipo organizzativo che investono il servizio sanitario, in assenza di percorsi attivati, di ruoli e responsabilità definite o di adeguati spazi strutturali preposti.

Seguono problemi di comunicazione clinica connessi ad atavici comportamenti che, secondo il campione intervistato, inducono lo specialista ad agire senza confronto e condivisione con il medico di medicina generale portandolo alla prescrizione di ulteriori esami o visite specialistiche, o alla sostituzione non condivisa della terapia.

Sul versante della comunicazione con i propri assistiti il campione dei medici di medicina generale evidenzia le criticità riportate in **figura 17**.

Come si può notare nel grafico la voce più ricorrente è la crisi della comunicazione tradizionale fondata sulla necessità di ascoltare un bisogno sanitario o comunque di decodificare il bisogno qualora questo non fosse stato chiaramente espresso con il linguaggio verbale. Attualmente i medici di medicina generale lamentano addirittura una crisi di questo comportamento su cui da sempre si è basata la comunicazione con il paziente. Negli ultimi anni negli studi medici è apparsa, prepotente, un'altra forma di comunicazione basata frequentemente sulla semplice richiesta di una prescrizione, spesso un esame strumentale, dato per scontato già dal cliente il quale è spesso giunto per conto proprio ad "autodiagnosticarsi" una patologia o addirittura a tracciare per il suo disturbo un proprio percorso assistenziale, assolutamente

non condiviso con il medico curante, ma supportato dai media, dalla TV, da internet, dagli amici, dal vicino di casa ecc. Una comunicazione dunque che ha perso le classiche connotazioni basate sul rispetto di ruoli estremamente chiari, e che deriva da contaminazioni pubblicitarie filtrate sapientemente da programmi televisivi pseudoscientifici o da trafiletti sul benessere presenti in ogni settimanale, o individuate in quel gran contenitore che è internet. Accanto a tali problematiche ne vengono quindi riferite altre in parte già note da sempre correlate alle difficoltà di comprensione del linguaggio e in parte più recenti in rapporto alle difficoltà che il medico di medicina generale, come lo specialista, incontra nell'approccio con immigrati provenienti da Paesi con cultura e religioni diverse. ■

Conclusioni

Negli ultimi anni l'attenzione verso i temi della comunicazione in sanità si è andata progressivamente accentuando a fronte di numerosi problemi derivanti in parte dalle profonde trasformazioni sociali, alcune delle quali investono in maniera profonda i temi della salute e i conseguenti rapporti tra medico e paziente. Molti studi recenti sulla comunicazione sanitaria hanno focalizzato l'attenzione proprio su questo rapporto richiamando spesso temi come il consenso informato o analizzando le interferenze della comunicazione mediatica e di quella di mercato. L'indagine condotta nell'ASL di Arezzo, che è parte integrante di un percorso conoscitivo più ampio voluto dall'Ordine provinciale dei medici per capire se è possibile rimuovere gli ostacoli che si interpongono nella comunicazione tra medici e tra questi e il cittadino-cliente-paziente, offre degli spunti per alcune iniziali riflessioni, sintetizzando attraverso il confronto diretto con operatori sanitari e medici le maggiori criticità percepite in tale ambito.

Nella prima fase dell'indagine, in 26 tra reparti di discipline mediche, chirurgiche e servizi diagnostici dell'ospedale provinciale, si è procedu-

to a verificare la presenza e l'eventuale applicazione di procedure e modelli organizzativi atti a garantire in maniera sistematica una comunicazione efficiente ed efficace tra struttura ospedaliera e territorio, medico di medicina generale e paziente-familiare, concernenti rispettivamente la dimissione protetta, la continuità assistenziale e il coinvolgimento dei familiari al piano assistenziale. Dai dati raccolti risulta che circa il 50% delle strutture visitate non ha ancora predisposto procedure in tal senso con una lieve prevalenza del dato negativo nei reparti chirurgici.

L'intervista ad un campione di medici ospedalieri ha evidenziato alcune criticità nella comunicazione all'interno dello stesso ospedale che possiamo sintetizzare in tre punti: a) difficoltà nella comunicazione interdipartimentale, evidenziata addirittura dalla non conoscenza di innovazioni tecniche implementate in altre Unità Operative, o dalla comunicazione occasionale con gli stessi colleghi di altre strutture in caso di richiesta o esecuzione di esami; b) difficoltà di comunicazione con le altre figure professionali all'interno dello stesso dipartimento o reparto; c) difficoltà a conoscere le strategie e la programmazione aziendale. Il primo punto è tra le tre criticità rilevate quello, di gran lunga, più sentito dai medici intervistati e dunque più ricorrente tra le criticità rilevate. Gli stessi specialisti, nei confronti della comunicazione con i medici di medicina generale, hanno evidenziato le seguenti criticità: a) una difficoltà generale a comunicare con i medici di famiglia; b) una comunicazione valida e frequente sempre con lo stesso numero ristretto di medici di famiglia per conoscenza personale consolidata da tempo, e per contro, quasi inesistente con il resto della categoria che rappresenta numericamente la maggioranza; c) possibili discordanze sulla scelta dell'esame in relazione al quadro clinico; d) la mancanza di diagnosi in alcune richieste di esami strumentali. Questo dato è stato confermato dall'analisi di alcune richieste di esami strumen-

tali cardiologici ma necessita, tuttavia, di ulteriori approfondimenti poiché i medici di base considerano la semplice definizione *"controllo"* già come una diagnosi poiché si tratta di esami in follow-up.

Infine sul versante dei pazienti le criticità della comunicazione si concentra sulle seguenti voci:

- a) necessità di migliorare i rapporti comunicativi con gli stranieri;
- b) difficoltà a gestire episodi conflittuali o comportamenti di non collaborazione sostenuti da pregiudizi su malasanità;
- c) problemi correlati al controllo dell'ansia di familiari di pazienti con gravi disabilità o gravi patologie terminali. In molti casi il medico si trova a dover comunicare aspetti reali della malattia o della futura qualità della vita a familiari di gravi traumatizzati, di soggetti in coma, di malati oncologici in fase avanzata, che hanno aspettative ben diverse rispetto a quelle prospettate durante la fase di degenza del loro familiare; aspettative comunque distorte non raramente derivanti da informazioni mediatiche assolutamente non realistiche.

Il campione dei medici di medicina generale ha risposto ad un questionario formulato per indagare gli aspetti della comunicazione con il paziente riguardo alla prescrizione di esami, di farmaci e ai comportamenti relativi al ricovero ospedaliero o alla dimissione di propri assistiti. Le risposte confermano ampiamente le buone capacità comunicative del medico di medicina generale nei confronti dei propri assistiti sia in fase di prescrizione che di esplicitazione di motivi riguardanti la necessità di sottoporsi a particolari esami o a ricovero ospedaliero. Sul versante della comunicazione con la struttura ospedaliera si rilevano tuttavia alcune criticità evidenti sia per ciò che concerne il contatto con i colleghi dell'ospedale in caso di ricovero, che avviene sistematicamente solo per la metà del campione, sia di fronte a prescrizioni effettuate in ambiente ospedaliero non sempre del tutto condivise. In questi casi



la maggior parte dei medici ha dichiarato di discuterne con l'assistito e di prendere con lui una decisione condivisa, mentre solo meno del 10% comunica al medico ospedaliero le proprie perplessità circa la terapia non condivisa.

A parte questi esempi va comunque sottolineato che anche i medici di medicina generale hanno rilevato alcune significative criticità riguardanti la comunicazione con i medici ospedalieri. Le criticità più ricorrenti possono essere sintetizzate come segue:

- a) l'assenza di sistemi di comunicazione efficace tra medico di medicina generale e ospedale quando si renda necessario ed urgente il ricovero e la presa in carico per scompenso di patologia cronica. In questi casi, nonostante l'attivazione di alcuni utili percorsi istituiti più recentemente in ambito ospedaliero, viene denunciata la carenza di una struttura di coordinamento in grado di garantire la gestione di casi urgenti non acuti (che transitano regolarmente dal pronto soccorso attraverso il sistema dei codici), cioè di portatori di patologie croniche scompensate che necessitano di immediata presa in carico per l'esecuzione in tempi brevi di esami per il nuovo inquadramento diagnostico e la definizione di nuove terapie;
- b) la prescrizione di ulteriori visite o esami senza informare il medico di medicina generale. Ciò può attivare ulteriori percorsi diagnostici e terapeutici di cui il medico di famiglia non è più in grado di seguirne le varie fasi;
- c) sostituzione di terapia senza alcuna informazione al medico di medicina generale.

I medici di famiglia, infine, rilevano altre criticità sul piano della comunicazione con gli assistiti, tra cui le difficoltà di comprensione del linguaggio tecnico, i problemi culturali e religiosi dei nuovi immigrati, ma in particolare essi puntano il dito verso la *"crisi della comunicazione del bisogno"*. Negli ultimi anni l'assistito è portatore di una nuo-

va tipologia di comunicazione che predilige la richiesta di prescrizioni o più spesso di un esame strumentale, già dati per scontati dal cliente il quale ha già fatto un proprio percorso conoscitivo, giungendo con il supporto di riviste, programmi televisivi, ricerche su rete Web, ma anche confrontandosi con amici o conoscenti, a definire una diagnosi, una patologia o addirittura a tracciare, per il suo disturbo, un proprio percorso assistenziale, assolutamente non condiviso in precedenza con il medico curante. Questa criticità confina con altri comportamenti che ostacolano il rapporto fiduciario tra medico e paziente e comprendono richieste di esami o assunzioni di farmaci anche in assenza di patologie, frequentemente richieste al medico sulla base di condizionamenti sociali o pubblicitari che insistono su definizioni distorte della prevenzione, secondo i quali sottoporsi ad un esame in assenza di sintomi è di per se stesso un atto di prevenzione. Come mostra la fig.13 la maggior parte dei medici cerca di convincere l'assistito con argomentazioni adeguate sull'inutilità di quanto richiesto, sull'assenza di riferimenti scientifici riguardo all'efficacia e sui possibili danni che il farmaco o l'esame può arrecargli; tuttavia il fenomeno è in netta crescita e risente in maniera significativa dell'interferenza, nel delicato rapporto *"medico-paziente"*, della *"comunicazione di mercato"*.

I nodi presenti nella comunicazione tra medici e tra questi e i pazienti rappresentano un fattore di rischio rilevante nei confronti del *"percorso assistenziale"* così come esso è concepito dal sistema sanitario regionale della Toscana. Il paziente al centro di questo sistema dovrebbe beneficiare di un rapporto consolidato con il proprio medico di fiducia che conosce l'ambiente di vita e di lavoro del suo assistito, il suo stile di vita, il contesto socio-culturale in cui egli vive, i riferimenti epidemiologici, i fattori di rischio eredo-familiari. Il medico di medicina generale dovrebbe dunque attivare il percorso assistenziale che inizia nel domicilio

dell'assistito e si ramifica attraverso i servizi diagnostici territoriali e le strutture ospedaliere, completando il ciclo con l'eventuale integrazione di interventi assistenziali del distretto. Questa unitarietà del percorso assistenziale oltre che garanzia della dignità della persona (diversamente da un approccio improntato sulla malattia d'organo), favorisce l'integrazione dei segmenti diagnostici ad elevata componente tecnologica a complemento dell'iniziale inquadramento per problema, a cui è chiamato prioritariamente il medico di medicina generale. Su questa visione unitaria e non frammentata del percorso assistenziale si basano alcuni capisaldi del servizio sanitario regionale, prime fra tutte, l'accessibilità e l'equità. Se il servizio sanitario deve essere accessibile ed equo, ossia in grado di garantire le prestazioni e le cure ai cittadini, indistintamente dal ceto sociale e dal reddito, ciò sarà possibile soltanto se in un sistema a risorse finite esso sarà in grado di dare risposte secondo modalità organizzative, proprie del percorso assistenziale, in grado di assicurare tempestivamente al cittadino in forme coordinate, integrate e programmate, l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi territoriali e dei servizi ospedalieri in rete, in relazione agli accertati bisogni sanitari. ■

L INCONTRO DI DUE PERSONE E DI DUE STORIE

Considerazioni sulla relazione tra medico e paziente

Stefano Beccastrini

Medico e Medico e pedagogista, Coordinatore didattico Scuola Internazionale Ambiente Salute e Sviluppo Sostenibile (SIASS)

1. PREMESSA

Dei tre temi "comunicativi" del convegno aretino (il rapporto dei medici tra loro, quello dei medici coi loro pazienti e quello – dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso - con i mass media e l'opinione pubblica), tratterò soltanto del secondo, quello relativo al rapporto (io amo chiamarlo **incontro**) tra medico e paziente. Lo farò a partire da un mio forte interesse verso l'emergere, accanto alla Evidence Based Medicine, della **Narrative Based Medicine** (un emergere, in verità, che tuttora ha poco interessato il nostro Paese). Credo molto all'utilità di un approccio narrativo, fatto di "storie" sapute ascoltare e raccontare, per la positiva rifondazione dell'incontro tra un medico e un paziente (due persone e, giustappunto, due storie che i casi della vita spingono ad intersecarsi e intrecciarsi) e sono convinto che dovrebbe essere dedicato a tale approccio, in sede di formazione dei futuri medici, molta più attenzione di quanto non accada oggidi (credo anche - e l'ho scritto in un libro appena uscito, **Beccastrini 2006** - che un utile strumento formativo, in tal senso, possa essere il cinema, instancabile narratore di storie sia di medici che di pazienti). Avanzando l'idea che la medicina stia epocalmente attraversando sia una crisi interna (inerente al dilagante riduzionismo epistemologico, alla crescente dipendenza dalla tecnologia e dall'industria, alla perdita della propria dimensione antropologica e relazionale) sia una crisi esterna (inerente ai propri rapporti con la società: sempre più difficili, sempre meno fiduciosi), Giorgio Cosmacini ha sottolineato la necessità che al-

l'una e all'altra si cerchi rimedio nel "...guardare al futuro indirizzando... la medicina... non solo ad accrescere i legami che la stringono alla tecnica... ma anche a riallacciare i legami che la stringevano alla filosofia, con sempre maggior comprensione dell'uomo stesso e del suo mondo..." (**Cosmacini, 2000**). Ciò significa cominciare (o ricominciare) a considerare le Medical Humanities come parte integrante della professionalità medica. Sono convinto che sia peculiare, anzi addirittura costitutivo, dell'arte medica il poggiarsi sulla relazione tra due persone. Non è così per alcuna - o quasi: avviene anche nel campo della pedagogia, per esempio - altra arte o scienza. In medicina, il momento relazionale non fa da sfondo nobile ma aggiuntivo al momento tecnico bensì gli è inestricabilmente legato. Per questo, dico che la relazione tra medico e paziente consiste, prima d'ogni altra cosa, nell'incontro di due persone e di due storie. Vorrei rapidamente percorrere, oggi, la storia di una delle due persone, il paziente (nella speranza di trovare presto occasione, su questa stessa rivista, di parlare anche dell'altra, quella del medico: del perché e del come sia diventato tale, per esempio). Inizierò parlando prima dell'**ammalarsi** (eppoi del **diventare paziente**). L'ammalarsi delle persone viene prima della medicina e del suo riconoscere una malattia, infatti: pare un'affermazione banale, ma non lo è affatto, tanto che George Canguilhem, uno dei maggiori storici europei della medicina, ha sentito la necessità di precisare che *"È innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina ed è solo secondariamente, per il fatto*

che vi è una medicina, che gli uomini sanno di che cosa sono malati..." (**Canguilhem, 1998**). ■

2. DALL'AMMALARSI AL DIVENTARE PAZIENTI

Ivan Ilic, protagonista di uno dei più bei racconti del sommo Tolstoj, era un uomo di successo: a quarantacinque anni rivestiva un'importante carica pubblica, era benestante, aveva una vita familiare almeno superficialmente felice. Finché venne, a sconvolgere la sua vita, un fatto nuovo: egli si ammalò. L'esistenza di Ivan cominciò a cambiare, vennero i dissidi familiari legati al suo malumore, venne un'attenzione nuova al proprio corpo e ai suoi più sommessi segnali, un interesse prima impensabile per le conversazioni riguardanti le malattie, il pensiero della morte. Tutto ciò che accade nell'animo, e nell'esperienza esistenziale, del personaggio corrisponde a quanto le ricerche di psicologia della salute e della malattia, allo scrivere di Tolstoj molto posteriori, hanno a loro volta studiato e descritto. La preoccupazione principale di chi vive l'esperienza di scoprirsi ammalato è quella di dare un significato al proprio trovarsi in simile situazione, così mantenendo un controllo sulla propria vita - che necessariamente è chiamata a mutare considerevolmente - e ristrutturando il proprio senso di sé e il proprio rapporto con gli altri. Questi aspetti connotano il cosiddetto **coping** ovvero la capacità dell'ammalato di elaborare e praticare strategie che gli permettano di affrontare senza disperarsi e scoraggiarsi le situazioni stressanti che gli si parano di fronte. Anche per questo il lato soggettivo della malattia è



così importante, non soltanto per l'ammalato ma anche per i medici. *"A partire da Cartesio – ha scritto Barnett W. Pearce – gli intellettuali dell'Occidente hanno dovuto fare i conti con un dualismo che distingue tra accadimenti materiali ed eventi mentali. In questa prospettiva dualistica, la salute è intesa o come soggettiva o come oggettiva. Soggettivamente, la salute è un'entità cognitiva e/o semantica che esiste nella mente delle persone; oggettivamente, la salute è un evento o un oggetto nella realtà prelinguistica degli accadimenti materiali che la scienza rappresenta tramite affermazioni normative... Una volta inquadrata in una di dette antitesi, istanze importanti come la salute risultano descrittivamente impoverite..."* (Pearce in Ingrosso, 1994). In sostanza, soltanto tenendo dialetticamente unite, invece che dualisticamente separate, la nozione mentale, soggettiva, di malattia, propria della sfera esistenziale delle persone comuni, e quella evenenziale, oggettiva, propria della sfera scientifica dei medici, sarà possibile farsi un'idea complessiva di cosa essa sia. Ammalarsi non significa soltanto cadere affetti da una delle tante sindromi patologiche che la medicina ha individuato, descritto, classificato: significa anche - e forse soprattutto, per il malato - modificare la propria esistenza quotidiana, elaborare idee inedite e spesso tormentate sul proprio futuro, tornare col pensiero al proprio passato rileggendolo alla luce della malattia improvvisamente entrata in scena. Se è vero, come scrive Byron G. Good, grande esperto di antropologia medica, che *"...il linguaggio della medicina clinica è il linguaggio squisitamente tecnico delle scienze della vita, radicato in una concezione naturalistica della relazione tra linguaggio, biologia ed esperienza..."* (Good, 1999), ne deriva che, all'interno di tale linguaggio, *"...le malattie... sono biologiche, universali e, a conti fatti, trascendono il contesto sociale e culturale..."* (Ibidem). Che un simile trascendere sia meno produttivo di quel che creda la diffusa *"teoria empirista del sape-*

re medico" (Ibidem), è quanto ribadisce Pearce, sostenendo che concetti come salute e malattia, prima ancora che del linguaggio delle scienze biomediche, *"...sono parte del mondo umano del senso..."* (Pearce in Ingrosso, 1994). Nell'esperienza soggettiva della malattia è racchiuso un universo di senso, privarsi del quale impoverisce la stessa possibilità di comprensione e di intervento da parte della scienza medica. A un certo punto, inevitabilmente, accade che l'ammalato diventi un paziente. Il povero Ivan Illic, per esempio, aveva sopportato a lungo i propri malanni ma alla fine, non potendone più, s'era rivolto a un medico: *"... tutto avvenne come avviene sempre. E l'attesa, e l'affettata gravità dottorale... e il picchiettare e l'auscultare, le domande che vogliono risposte già determinate... e l'aria di importanza che suggeriva: Sottoponetevi soltanto a noi e noi aggiusteremo tutto... Il dottore diceva: Questo e quell'altro indica che voi avete internamente questo e quell'altro... Ma per Ivan Illic era importante un'unica questione: era grave il suo stato o no? Ma il dottore ignorava questa questione fuor di luogo... Non c'era la questione della vita di d'Ivan Illic, ma c'era una disputa tra il rene mobile e l'intestino cieco..."* (Tolstoj, 1994). Ho sempre trovato particolarmente toccanti le pagine del racconto che mostrano il malato Illic diventare il paziente Illic ovvero il suo presentarsi, col carico dei propri malesseri e delle proprie preoccupazioni, al cospetto della medicina. Invito a riflettere sul termine "paziente": siamo noi medici a chiamare così i malati, non essi a chiamare così se stessi. Si può essere malati punto e basta ma si può essere pazienti soltanto in riferimento a un medico. Etimologicamente ciò è paradossale, in quanto "paziente", dal greco "pathos", vuol dire sofferente e una persona può soffrire anche non essendo in cura da un medico. Viceversa, "malato" vuol dire contrassegnato da una malattia e tale contrassegno può instaurarsi soltanto dopo l'incontro con un medico il quale abbia fatto una diagnosi.

Nella realtà quotidiana, però, avviene il contrario: chiunque può, stando male, autodichiararsi "malato" (seppur non sappia, non avendo ancora incontrato un medico, di quale malattia) però si designa come paziente soltanto colui che presso un medico sia in trattamento. Insomma, in barba all'etimologia, nella percezione sociale prima si è malati e poi pazienti e i malati diventano pazienti soltanto quando sono guardati dal punto di vista del medico. Paradossi del linguaggio ma ancor più della pratica sociale, e dunque anche linguistica, della medicina. Nel suo passare da malato a paziente, la persona sofferente è troppo spesso costretta ad abbandonare il proprio modo di sentire e concepire la malattia (la sua *Illness*) per sottomettersi al modo di concepire e sentire la malattia (la sua/non più sua *Disease*) da parte del medico. Quelli che il paziente riferisce come sintomi si ritiene generalmente che debbano diventare, nel processo di riflessione scientifica del medico, segni di qualcos'altro ovvero di una ben precisa categoria nosologica afferente a un sistema classificatorio soltanto dopo aver collocato nel quale lo star male del paziente, il medico può passare dalla fase diagnostica a quella prognostica e terapeutica. Queste ultime, peraltro, son quelle che interessano maggiormente al paziente stesso. La diagnosi è certamente, nell'ambito della professione medica, un momento importante sia in quanto costituisce una sfida intellettuale per le sue competenze cliniche sia in quanto rappresenta di solito il primo passo per disegnare una strategia terapeutica. Però, e il buon medico non dovrebbe scordarselo mai, essa rischia continuamente di tradursi, se non accompagnata da una ricchezza comunicativa della relazione paziente/medico, in una rimozione della *Illness* del primo da parte della *Disease* elaborata dal secondo. Il processo comunicativo tra due persone (e un paziente e un medico che si incontrano sono, prima d'ogni altra cosa, proprio questo) risulta, peraltro, proficuo soltanto quando mette in gioco tutti i

diversi linguaggi adoperati dai due attori del processo: quando uno dei due linguaggi schiaccia l'altro e si pone come unico medium del processo relazionale, quest'ultimo è inevitabilmente mutilato, falsato, annichilito. Per comprendere l'altro, occorre accettarne l'alterità: anche di pensiero, anche di linguaggio, anche di sentimento. Quando non si è capaci di accettare l'alterità dell'altro, riconducendone il soffrire a se stessi ovverosia alle proprie esclusive categorie logiche, al proprio sapere, al proprio linguaggio, non c'è vera comunicazione bensì soltanto una parodia di essa. Faccio un esempio tratto dalla mia esperienza di direttore d'una collana editoriale dedicata proprio alla comunicazione in sanità. Nel pubblicare il libro di una brava pediatra proposi il titolo, che mi pareva efficace, "Quando il paziente è un bambino" (**Ricottini, 2003**). Esso parve "poco scientifico" a vari pediatri interpellati in merito dall'editore. Alla mia domanda su quale poteva essere un titolo più scientifico, risposero tutti, come ahimè mi aspettavo, "*Il paziente pediatrico*"! È evidente che la scienza non c'entrava nulla, poiché sia il sostantivo "bambino" che l'aggettivo "pediatrico" sono termini che nulla aggiungevano o toglievano, comparendo nel titolo, alla scientificità delle affermazioni contenute nel volume. Però, mentre il sostantivo "bambino" indicava un concetto comune sia al patrimonio di sapere del piccolo malato e dei suoi familiari che del medico (il quale certamente chiama "bambini" e non "pedoi" i propri figli), l'aggettivo "pediatrico" appartiene soltanto alla logica del medico: vuol dire che quel bambino, una volta finito nelle sue mani, non è più tale ma soltanto un oggetto medicalizzato. Mi chiedo: come può comunicare davvero un medico il cui primo atto, linguistico ma dietro le scelte linguistiche c'è ben altro, sia di annullare l'alterità dell'altro riducendolo a mero oggetto del proprio specialismo? ■

4. L'INCONTRO TRA UN PAZIENTE E UN MEDICO

Il fatto che l'ammalato sia diventato "paziente" indica, quindi, che è avvenuto il suo incontro con un medico. Tale incontro è costitutivo, fondativo direi, della medicina stessa, in maniera intrinsecamente profonda e non riducibile a quella, propria di varie altre attività umane, tra utente e servizio o tra cliente e prestatore d'opera. A un utente o a un cliente, oltre alla qualità del prodotto che ricevono, è sufficiente ottenere cortesia, gentilezza, accoglienza: l'altrui sorriso, disponibilità, atteggiamento almeno superficialmente cordiale. Tutte cose utili anche in sanità, beninteso, e purtroppo spesso assenti o quanto meno carenti. Tuttavia, quando definisco cruciale il rapporto tra medico e paziente non faccio riferimento soltanto alla questione della scarsa competenza relazionale diffusa tra il personale dei servizi sanitari (problema reale, peraltro, nel nostro Paese almeno) bensì a qualcosa di più profondo e strettamente collegato con la crisi della medicina del nostro tempo e con una sua necessaria e urgente rifondazione in senso umanistico. Felice Mondella, storico e filosofo della medicina, ha scritto che "*...solo negli ultimi decenni il rapporto medico/paziente è divenuto uno specifico tema di riflessione da parte di medici, storici e sociologi. Ciò dipende dall'importanza crescente assunta oggi dal rapporto di cura divenuto sempre più impersonale e anonimo per effetto soprattutto della tecnologia e delle specializzazioni mediche...*" (**Mondella in Cosmacini, Gaudenzi, Satolli, 1996**). In sostanza, quando spostiamo l'attenzione dalla "scortesia" del sistema sanitario nel suo complesso alla crisi epocale del rapporto medico/paziente, il nostro ragionamento compie necessariamente un salto di qualità in quanto si disloca non soltanto su un versante organizzativo bensì su un versante storico/epistemologico, attinente lo stesso statuto scientifico e antropologico della medicina, il suo stesso senso culturale e sociale. Come scrive Giorgio Cosmacini: "*Uno dei più an-*

tichi precetti medici recita: dove c'è philanthropia c'è anche philotechnia, il che significava che proprio l'essere amico dell'uomo (filantropo) era il modo migliore per essergli veramente d'aiuto usando le risorse dell'arte (philotecnico)..." (**Cosmacini, 1995**). Proprio il fatto che, oggidi, lo sviluppo della medicina si è fortemente squilibrato in senso tecnologico (e, ahimè, commerciale), a scapito del senso antropologico (e altruistico), la questione del rapporto tra medico e paziente è venuta alla ribalta, è diventata materia di studio, è andata ponendosi come nodo essenziale, concreto e simbolico a un tempo, delle problematiche della medicina dei nostri tempi. Prendiamo la **questione linguistica**: il "medichese" costituisce un ostacolo al pieno dispiegarsi della comunicazione tra medico e paziente, in quanto qualunque processo comunicativo viene ostacolato dal fatto che i due interlocutori utilizzino codici differenti, uno dei quali (in tal caso, quello del medico) incomprensibile all'altro. Alla constatazione di tale fatto, molti medici reagiscono dicendo che qualunque scienza abbisogna di un linguaggio rigoroso, caratterizzato da una propria peculiare terminologia e di conseguenza solo in parte comprensibile ai profani. Risulta, peraltro, che la Medicina possiede nel proprio lessico 20.000 termini specialistici, di contro ai 2000 della Matematica (**Lavinio, 2004**). La Medicina è una scienza più esatta, formalizzata, connotata da simboli soltanto dagli addetti ai lavori accessibili, della Matematica? Difficile crederlo e farlo credere. Il fatto è che la Matematica fa giustamente un uso parco della propria terminologia disciplinare, usando invece, ogni volta che può, la lingua comune: per cui dice "ipotenusa" e "algoritmo" soltanto quando non avrebbe altro modo di denominare concetti per esprimere i quali la lingua comune non possiede parole. In Medicina, invece, esistono migliaia di termini, quali "epatopatia" o "gastralgia", che sarebbero traducibilissimi nella lingua comune, ottenendo "malattia del fegato" o "mal



di stomaco", in maniera semanticamente del tutto economica. Il fatto è che quei termini non sono rigorosi ma soltanto gergali, non appartengono a una disciplina scientifica ma soltanto al linguaggio segreto di una casta. La riprova viene dal fatto che la Medicina, a differenza della Matematica, è straricca di "tecnicismi collaterali" (**Ibidem**) ovvero espressioni che non sono definibili come disciplinari in senso stretto bensì come modi di dire che complicano volutamente la lingua comune. Faccio due esempi, particolarmente ridicoli, tra i molti tecnicismi collaterali usati dai medici: "cavo orale" (che schifo!) per chiamare ciò che tutti chiamano "bocca" e "complicanze" (che buffo!) per chiamare ciò che tutti chiamano "complicazioni"! In Italia, ove pure, già nei primi anni Sessanta del Novecento, era stato tradotto il fondamentale "Medico, malato e malattia" di Michael Balint (un medico ungherese che, a Londra, aveva dato avvio a seminari di formazione, rivolti a medici di medicina generale, sulle componenti interpersonali della relazione terapeutica, **Balint, 1961**), risale agli anni Settanta una meno ristretta diffusione di studi sul problema dell'incontro medico/paziente: meritevole fu, in tal senso, la pubblicazione, nel reading sulla "Sociologia della medicina" curato da Giulio A. Maccacaro e Alberto Martinelli (**Maccacaro, Martinelli, 1977**), di un capitolo giustappunto dedicato al "Rapporto medico-paziente" che riportava vari testi sull'argomento dovuti a Talcott Parsons, a Jean-Paul Valabrega, a Eliot Freidson, a Giorgio Bert. In seguito, tramite ricerche e considerazioni di autori italiani ma anche, e forse soprattutto, alla traduzione italiana di opere di autori stranieri, la letteratura sull'argomento messa a disposizione dei nostri medici, ma non so quanto da loro realmente utilizzata e messa a frutto, divenne cospicua. Al configurarsi storico del cruciale rapporto di cui stiamo parlando era per esempio dedicato il libro di Edward Shorter, professore di storia della medicina all'Università di Toronto, "La tormentata storia del rapporto

medico paziente", fondata sulla periodizzazione in tre fasi successive dell'incontro tra i due soggetti protagonisti della relazione terapeutica: quella del medico e del paziente "tradizionali", quella del medico e del paziente "moderni" e quella del medico e del paziente "postmoderni" (sarebbe la fase attuale, tutt'altro che facile ma anche piena di promesse e possibilità di cambiamento futuro, **Shorter, 1986**). Un fenomeno recente, che testimonia la crescente sensibilità culturale al tema dell'incontro medico-paziente, è la sempre più nutrita pubblicazione di libri (che talora diventano anche film) sul farsi paziente di un medico, essendo così costretto concretamente e non metaforicamente a "mettersi nei panni dell'altro". Di notevole efficacia formativa, in tal senso, un film che non è forse un capolavoro da mandare al festival di Venezia ma che di sicuro sarebbe da far vedere, obbligatoriamente, a tutti gli studenti di medicina: "Un medico, un uomo" di Randa Haines, regista americana che lo ha tratto dal libro autobiografico di un chirurgo ammalatosi di cancro. ■

Conclusioni

Tutte queste considerazioni, mi pare, spingono a dar ragione a Giorgio Cosmacini quando scrive che l'incontro col malato costituisce "... il nesso fondante del mestiere di medico... in quanto l'oggetto della tecnica - l'uomo - è il soggetto - uno dei due soggetti - del rapporto umano intersoggettivo tra medico e paziente..." (**Cosmacini, 1997**). A partire dal rapporto, da ripensare e rivalorizzare in senso umanistico, tra il medico e il paziente, occorre dunque che la medicina impari (o reimpari) a pensare a se stessa quale scienza filosofica e non soltanto quale iatrotecnica. Martin Heidegger, in un seminario proprio ai medici rivolto, ebbe ad affermare che "...costituisce la suprema necessità che si diano dei medici pensanti, non disposti a cedere il campo ai tecnici della scienza..." (**Heidegger, 2000**). Occorre logicamente che anche i non medici, anche i pazienti e i loro familiari e i cittadini in gene-

re, si facciano pensanti, perché soltanto così la loro relazione coi medici potrà configurarsi secondo quel modello della **mutua comprensione** (alfine storicamente possibile, dopo quelli della **attività/passività** e della **guida/cooperazione**), di cui parlarono Thomas S. Szasz e Marc H. Hollander già nel 1956 (**Szasz, Hollander, 1990**). Se la medicina contemporanea soffre di tre forme di crisi epocale, ovvero una crisi di fiducia, una crisi di unità e una crisi di sostenibilità (**Cosmacini, Gaudenzi, Satolli, 1996**), il modo di affrontarle risiede in "...una nuova alleanza tra medici e pazienti..." (**Ibidem**) che sappia spingere gli uni e gli altri, finalmente, "...a vedere la storia della medicina quale viaggio dall'uomo all'uomo..." (**Voltaggio in Donghi, Petra, 1995**). ■

OPERE CITATE

- M. Balint: "Medico, paziente e malattia", Feltrinelli, Milano, 1961
- S. Beccastrini: "Lo specchio della vita. Medici e malati sullo schermo del cinema", Change, Torino, 2006
- G. Canguilhem: "Il normale e il patologico", Einaudi, Torino, 1998
- G. Cosmacini: "La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina", Laterza, Bari, 1995
- Idem: "L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi", Laterza, Bari, 1997
- Idem: "Il mestiere di medico. Storia di una professione", Laterza, Bari, 2000
- G. Cosmacini, A. Gaudenzi, R. Satolli (a cura di): "Dizionario di storia della salute", Einaudi, Torino, 1996
- B.J. Good: "Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto tra medico e paziente", Comunità, Torino, 1999
- M. Heidegger: "Seminari di Zollikon", Guida, Napoli, 2000
- C. Lavinio: "Comunicazione e linguaggi disciplinari", Carocci, Roma, 2004
- F. Mondella: "Medico/paziente", in G. Cosmacini, G. Gaudenzi, R. Satolli (a cura di): "Dizionario di storia della salute", op. cit.
- W. B. Pearce: "La salute come sistema di significati e di azioni", in M. Ingrosso (a cura di): "La salute come costruzione sociale", Angeli, Milano, 1994:
- L. Ricottini: "Quando il paziente è un bambino. Problemi di relazione", CSE, Torino, 2003
- E. Shorter: "La tormentata storia del rapporto medico/paziente", Feltrinelli



li, Milano, 1986

- T. Szasz, M.H. Hollander: "Un contributo alla filosofia della medicina. I modelli fondamentali della relazione medico-paziente", in "sanità, scienza e storia", CISO, n. 1/1990, Milano
- L. Tolstoj: "La morte di Ivan Ilic", in "Racconti", Orsa Maggiore, Forlì, 1994
- F. Voltaggio: "Per un'autobiografia della medicina", in P. Donghi, L. Preta: "In principio era la cura", Laterza, Bari, 1995. ■

ULTERIORI DUE CONTRIBUTI SUL TEMA

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULLA "COMUNICAZIONE"

Luigi Triggiano

Medico di M.G. e Consigliere Comunale - Arezzo

Un approfondimento del tema della Comunicazione rappresenta a mio avviso una forte necessità per affrontare in senso cosciente e critico un problema che ci tocca tutti da vicino. Ci siamo ormai accorti, in ambito sociale, lavorativo e politico, che l'overdose di messaggi e informazioni a cui siamo esposti non soddisfa affatto il nostro bisogno comunicativo, traducendosi in una "illusione comunicativa" che, tra gli altri, si manifesta con chiarezza in un particolare settore della nostra vita sociale, come è quello della Sanità. Le riflessioni che seguono vogliono essere un contributo perché, con maggiore consapevolezza e criticità, partendo da ciò che dipende da noi ed andando verso gli altri, possiamo ridurre "il deficit comunicativo", senza lasciarci sedurre da "messaggi" che più che aprire prospettive di unità ci lasciano nel più totale isolamento, preda di "bisogni" e "giudizi" strumentali.

Innanzitutto è bene che quando parliamo in senso generale di comunicazione si tengano presenti e distinti fra loro quattro aspetti:

- La comunicazione (oltre il termine corrente, identificato

solo con i media) quale ideale di espressione e di scambio che è all'origine della democrazia. Essa presuppone l'esistenza di individui liberi ed uguali.

- Essa rappresenta anche l'insieme dei mass media (stampa, radio, televisione...) che nell'arco di un secolo hanno modificato la comunicazione sociale.
- Essa fa riferimento all'insieme di nuove tecnologie di comunicazione (informatica, telecomunicazioni, audiovisivi ecc...) che hanno modificato le condizioni di scambio, ma anche di potere.
- Essa è costituita dai valori simboli e dalle rappresentazioni che sono alla base del funzionamento dello spazio pubblico e delle democrazie di massa e, più in generale, della Comunità internazionale, attraverso l'informazione, i media, i sondaggi, l'argomentazione e la retorica.

In altri termini la comunicazione è tutto ciò che permette alla collettività e agli individui di rappresentar-

si, di entrare in relazione gli uni con gli altri e di agire sul mondo.

- **Vi sono essenzialmente due forme di comunicazione: la comunicazione normativa e la comunicazione funzionale.** (recuperare e Tenere presenti questi aspetti è a mio avviso di grande aiuto per comprendere i limiti e le distorsioni che una comunicazione non appropriata all'oggetto in discussione, determina.)

- La comunicazione è sempre una interazione fra tre elementi: l'emittente, il messaggio, il ricevente.

Da un punto di vista etimologico sin dal 1300 la parola comunicare (dal latino *communicare*) assume il significato di "mettere in comune, condividere". Ed è proprio il significato di condivisione che rimanda a ciò che tutti si aspettano dalla comunicazione.

Più di recente nel XVII secolo appare un secondo significato che rimanda all'idea di diffusione, soprattutto con lo sviluppo del commercio dei libri e la diffusione della stampa.

Questi due aspetti configurano la comunicazione "normativa" e la comunicazione "funzionale": la prima rimanda al concetto di condivisione, la seconda (che dalla seconda metà del secolo scorso ad oggi si è ulteriormente sviluppata grazie ai dati scritti, ai suoni, alle immagini e ai dati informatici) rimanda alla necessità di scambio in seno alle società complesse, alla divisione del lavoro, all'apertura di una società su un'altra.

Quando c'è specializzazione delle attività, c'è anche scambio, quindi sviluppo delle comunicazioni funzionali che soddisfano una funzione pratica.

L'occidente, simultaneamente, continua a valorizzare l'ideale di condivisione. Si comprende allora come la comunicazione funzionale dovrebbe svilupparsi in funzione della comunicazione normativa. Questi sono i due "sensi" quasi "ontologici"



legati alla comunicazione.

Essi possono divenire quasi contraddittori quando le condizioni di una reale condivisione si allontanano man mano che si procede alla comunicazione di un gran numero di beni e servizi destinati ad un grande numero di persone che non condividono obbligatoriamente gli stessi valori.

Anche "l'informazione" ha due significati. uno rimanda all'etimologia: *informare* - *dare una forma, foggare, ordinare*; - l'altro, più tardivo, significa "mettere al corrente qualcuno di qualcosa". Ed è a partire da questo secondo significato che si determina il rapporto tra informazione ed "evento". L'informazione consisterà nel riportare l'avvenimento, cioè tutto ciò che disturba e modifica la realtà.

Dunque se l'informazione si occupa del messaggio, la comunicazione si occupa sempre dell'altro.

Oggi dobbiamo rivedere quella errata convinzione che ci ha fatto credere che più ci si dota di strumenti sofisticati di comunicazione e più si ha informazione. Ci si rende conto invece che si finisce per essere da ciò sedotti e manipolati. Il primo "virus" di internet per es. è "la diceria", il rumore, la parola non verificata. Gli stessi giornalisti finiscono per rendersi conto che la validità dell'informazione non ha nulla o poco a che vedere con la potenza della tecnica.

Dunque dobbiamo valorizzare di nuovo il valore della costruzione dell'informazione da parte dell'uomo, e dunque di valorizzare la soggettività umana rispetto alla performance tecnica.

Forse quello che farà muovere i giornalisti in tal senso sono i danni provocati dai "blogger", da tutti quelli che fanno i giornalisti senza esserlo, senza preparazione, maneggiando a volte fantasmi.

Una informazione senza giornalisti potrebbe essere devastante come

una medicina senza medici.?

L'impressione comune è che non siamo ancora al culmine del fascino e della seduzione operate dalla "tecnica mediatica", dei giochi interattivi, della "connessione totale alla rete."

Cominciamo però a renderci conto che esistono troppe solitudini interattive in cui la persona è "connessa" ma... "sola" forse si può intravedere sin da ora come, non questa, ma la generazione seguente riprenda a valorizzare i gruppi, le associazioni, gli incontri locali, i contatti interpersonali.

La comunicazione vera presuppone infatti anche il toccarsi, lo sporcarsi le mani insieme, il rapportarsi fisicamente, il guardarsi negli occhi, il pensare insieme uno di fronte all'altro.

Tutto ciò premesso come si connotano le problematiche della Comunicazione in fatto di Salute e di Sanità? In altre parole quale comunicazione per il bene della persona e della Comunità?

- **Comunicazione ed informazione in sanità** (alcuni spunti)

L'informazione, la gestione delle informazioni e la comunicazione possono essere elementi strategici per un sistema efficiente ed efficace?

Cosa vuol dire sistema efficiente ed efficace?

Se tali termini stanno ad indicare la capacità del sistema di accogliere il bisogno del paziente, di ridefinirlo in termini assistenziali e diagnostici, di offrire un percorso assistenziale efficiente che comprenda azioni terapeutiche e riabilitative appropriate ed efficaci, ottimizzandone i costi (diretti ed indiretti), **quali caratteristiche strategiche dovrebbe avere l'informazione e la comunicazione nelle varie fasi dei percorsi e dei processi assistenziali?**

Quali sono oggi i fattori culturali, politici ed organizzativi che

ostacolano una comunicazione più efficace tra cittadino e operatore, fra cittadino e sistema, tra operatore ed operatore e tra operatore e sistema?

In sanità, per esempio, in ambito totalmente interno agli erogatori di assistenza, è stato tutt'altro che affrontato e risolto il tema della raccolta, della messa in rete e dell'utilizzo delle informazioni cliniche che dinamicamente generano i vari attori del sistema. Oggi nel sistema sanitario esiste una parcellizzazione delle informazioni e la gran parte dei dati grezzi rilevati nelle pratiche cliniche tarda ed ha difficoltà a trasformarsi in informazione in grado di orientare il sistema verso una *clinical governance*.

La raccolta dei dati su indicatori importanti ma abbastanza semplici da rilevarsi, come le liste di attesa, le giornate di degenza, il tasso di occupazione di posti letto, subisce da una parte il condizionamento della qualità del sistema di gestione informatica dei dati (sembra quasi, nella routine gestionale, che tutto ciò che il sistema di gestione dati non rilevi sia di secondaria importanza) e dall'altra dimostra di non essere "*centrata sul paziente*". Purtroppo questo genera conseguenze dannose per i pazienti e per gli operatori: i primi esposti a ripetizioni inutili di esami ed accertamenti ed aumento dei rischi di cura, con notevoli "*blocchi comunicativi*" sui percorsi assistenziali; i secondi, gli operatori, esposti ad una frammentazione di informazioni monosettoriali che li assottigliano ed allo stesso tempo li marginalizzano rispetto alla storia clinica ed al rischio globale che accompagnano sempre il paziente.

Ai clinici vengono sempre più affidati e richiesti report gestionali in cui vi sono aggregazioni di dati legati fra loro da logiche non enunciate a priori, non condivise; non sufficientemente spiegate e giustificate su base metodologica e spesso estranee del tutto alle esigenze dei professionisti.

Nell'immaginario di molti politici e gestori del sistema lo *strumento informatico* viene visto come la panacea di tutti i mali che affliggono la sanità e come controllo dell'operato dei clinici. Purtroppo non è affatto così!!!! *L'informazione tecnologica* non è affatto efficace se non viene calata nell'ambiente di cura, sul processo assistenziale che coinvolge gli operatori. Se l'informazione tecnica continua ad essere vista come risposta tecnica a problemi tecnici, non solo è inefficace ma addirittura fuorviante. Essa infatti fa perdere di vista l'obiettivo vero di ogni processo assistenziale, ovvero la necessità di cambiamento dell'organizzazione e delle procedure in vista dell'obiettivo di salute condiviso che presuppone un processo di comprensione, di valutazione e di apprendimento da parte degli operatori. Non è forse anche per questo che molti pazienti e operatori continuano a soffrire di *gap comunicativi* che il governo del sistema non rileva e non pone al centro della propria attenzione e delle proprie responsabilità?

L'informazione tecnologica deve essere al servizio del processo organizzativo che, a sua volta dovrebbe essere implementato con l'apporto diretto degli operatori e, perché no, dei pazienti stessi sia come portatori del *bisogno di cura* sia come relatori di una *informazione di ritorno* relativa alla loro esperienza assistenziale.

Anche rispetto alle funzioni di controllo, che il sistema esige, tutti i tentativi di miglioramento partendo da processi amministrativi, gestionali direzionali, anziché da quelli clinici, hanno dimostrato scarsa efficacia.

Sul piano della relazione con il cittadino e con il paziente poi, non vi è dubbio che la comunicazione mediatica e on-line su internet costituisce una grande opportunità (sottovalutata troppo fino ad ora dalle amministrazioni pubbliche e dagli operatori a scapito dell'ipervalutazione dei rischi). Allo stesso tempo però può costituire un grande ri-

schio, come l'accesso ad informazioni non vagliate e non validate tendenti a generare insicurezza, dipendenza sanitaria e consumismo, speranze ingiustificate, sviluppo di modelli culturali distorti della salute, sospetti e critiche generiche e qualunquistiche non sempre giustificate sulla qualità dei servizi offerti.

La supponenza dei clinici e la negazione di questi nuovi strumenti non sembra essere comunque la risposta giusta ed efficace a questi problemi.

D'altra parte la qualità e la finalizzazione del rapporto tra medico – paziente (orientato alle funzioni di comprensione, condivisione e accompagnamento), i margini di autonomia del paziente rispetto alle scelte di cura offerte, la partecipazione consapevole e responsabile ai processi di cura che lo riguardano e che coinvolgono anche altre figure primarie di suo riferimento, la diffusione delle conoscenze sulle cause culturali, ambientali, sociali che espongono i cittadini ai rischi di salute, il dialogo con le istituzioni e tra le istituzioni preposte alla tutela della salute dei cittadini, un coinvolgimento più attento, qualificato e corretto dei media, sono tutti importanti capitoli di approfondimento e riguardano aspetti che trovano in una *sana, autentica ed adeguata comunicazione* una condizione imprescindibile.

In riferimento all'attuale Servizio Sanitario Nazionale che coinvolge Ministero della Salute, Regioni ed Aziende Sanitarie è possibile intravedere un compito delle autonomie locali, in particolare del Comune, in cui le comunità si riconoscono?

I compiti e le possibilità della Amministrazione Comunale sul tema, a mio avviso, possono configurandosi in una duplice direzione:

- 1) **mettere in dialogo fra loro i vari soggetti** che, con le loro competenze e le loro azioni,

concorrono a sviluppare conoscenze ed elaborare risposte in termini di assistenza, di prevenzione e cura, **in una logica integrata e di interdipendenza fra le varie "funzioni sociali"** che concorrono alla promozione e tutela della salute dei cittadini come è rappresentato dal *"Progetto Città Sane"* che tipizza l'interesse ed il ruolo attivo dell'Amministrazione Comunale e delle altre organizzazioni;

- 2) **creare uno "spazio di comunicazione sociale"** per sviluppare la diffusione delle informazioni che riguardano la salute della comunità e dell'ambiente in cui essa vive; per favorire la **partecipazione dei cittadini** in funzione delle **scelte programmatiche e degli indirizzi che l'Amministrazione deve poter svolgere**, in termini di tutela della salute e di sicurezza dei propri cittadini, nei confronti dell'azienda Sanitaria e delle altre Istituzioni. ■

■ Bibliografia

- Dominic Wolton: il faut sauver la communication.
- Perniola: contro la comunicazione Einaudi 2004.
- Plebani Mario: Comunicazione Gestione delle informazioni e Clinical Governance. ■



L A CULTURA DELLA **Neuropsichiatria** Infantile

**Maddalena Petrillo, A.Batti, F.Lazzeri,
A. Moschi, M.G.Piergiovanni**

Medici Neuropsichiatri Infantili - Dipartimento Salute Mentale ASL 8 - Arezzo

Della Neuropsichiatria Infantile fin dall'inizio dei nostri studi ci colpiva il continuo richiamo alla relazionalità del bambino e il modello culturale dell'unificazione neuropsichiatrica basato sull'unità psichesoma della persona, specie in età evolutiva.

Ciò che si stagliava decisamente ai nostri occhi era un approccio globale affascinante, che sottolineava il ruolo delle esperienze precoci senza cadere in un determinismo senza scampo, che seguiva lo sviluppo neuropsichico del bambino come di un soggetto anche sociale.

Era una nuova cultura sull'età evolutiva, lontana da schematismi riduttivi.

La centralità dello sviluppo nel metodo diagnostico è così fondante da far sfumare il confine tra prevenzione e terapia, per cui ogni atto terapeutico è a sua volta una prevenzione, e da sottolineare decisamente al medico l'importanza del giudizio prognostico, indispensabile per calibrare gli interventi.

La neuropsichiatria infantile è tuttora in Italia la disciplina che prepara a competenze cliniche in neurologia e psichiatria dello sviluppo.

Nata alla fine dell'800 in Germania, Francia e Inghilterra come un tentativo di sistemazione nosografica delle anomalie psichiatriche infantili e adolescenziali, e solo nel 900 in Italia, ad opera di Sante De Santis, riconosce come discipline madri la psichiatria degli adulti e la pediatria, ma fin dall'inizio è stata pervasa da una prospettiva pedagogica.

Infatti l'atteggiamento di studio che era attento alle influenze ambientali ma anche agli aspetti evolutivi e dinamici, ha permesso di svilup-

pare contemporaneamente conoscenze etiopatogenetiche e applicazioni terapeutiche, preventive ed educative.

Nonostante siano cambiati profondamente i termini usati per descrivere i disturbi, l'impostazione generale della disciplina come una disciplina d'integrazione non è cambiata.

Oggi più che mai l'approccio preventivo e terapeutico-riabilitativo sono basati sul potenziamento della rete sociale che circonda, protegge e promuove il bambino e l'adolescente.

Basti pensare alla dichiarazione OMS del 1986 ad Ottawa, laddove l'accento viene posto sulla promozione della salute e di essa si sottolinea che non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario.

L'unitarietà della disciplina in Italia è la prima scelta culturale che la contraddistingue e che oggi richiama le neuroscienze, nate dalle ricerche biologiche sul cervello e sul suo funzionamento.

L'evidente compresenza di eventi mentali ed eventi neurali alla base dell'interpretazione delle esperienze, conferma l'ottica dello sviluppo cara al neuropsichiatra infantile, secondo cui i primi processi mentali emergono dal livello biologico.

Di più, gli approcci terapeutici del neuropsichiatra infantile, anche quando rivolti a patologie neurologiche o neuromotorie, puntano sempre a osservare le risorse del bambino e dell'ambiente (comprendendovi le risorse riabilitative) al fine di fare insieme una valutazione diagnostica e prognostica.

L'unitarietà è scelta culturale frut-

to della rielaborazione scientifica di un pensiero forte: investire nello sviluppo sostenendone la globalità, cioè rinforzando i determinanti di salute in ogni ambito dello sviluppo perché possano potenziarsi a vicenda.

Da qui la scelta di lavorare in rete con i servizi e istituzioni che si occupano di minori, per modificare positivamente l'ambiente e cercare di incidere persino sulle strutture neuronali, in virtù della loro massima plasticità in età evolutiva.

Nel 1999 il DPR di approvazione del progetto obiettivo "La tutela della salute mentale in Età Evolutiva" così recitava: "la neuropsichiatria dell'età evolutiva integra, con numerosi vantaggi, tre competenze di base: psicopatologia dello sviluppo, neuropsicologia dello sviluppo e neurologia dello sviluppo... consideriamo gli altissimi indici di comorbidità che esistono tra i diversi disturbi seguiti dalla neuropsichiatria dell'età evolutiva..."

In effetti sono sufficienti alcuni esempi relativi a comorbidità, come i disturbi psicopatologici nella patologia neuromotoria, i deficit cognitivi nei disturbi dell'umore o i disturbi dell'affettività nell'epilessia per capire l'importanza di analizzare tutte le componenti, individuali e familiari, dei problemi neuropsichici e intervenire con risposte multidimensionali.

Ecco il significato profondo di tutte le possibili collaborazioni professionali con chi si occupa di minori, a partire dalle loro famiglie, che rappresentano la prima risorsa dei bambini quando sono protagonisti dei processi di cura.

Ecco l'importanza di comunica-

re con altri servizi condividendo un progetto di cura, che dà la capacità di fare un lavoro allargato e sintonico e porta ad un progetto di intervento più incisivo, con esiti di salute migliori. ■

Il neuropsichiatra infantile, la famiglia e il consultorio materno-infantile

Se riflettiamo sulla nascita patologica rileviamo quanto spesso essa sia un evento che determina la subordinazione della famiglia agli operatori della cura. La necessità di dipendere in modo marcato dal sistema sanitario può generare conflitto o delega e non promuovere le competenze della famiglia.

Un caso clinico esplicativo: Alla prima visita con il neuropsichiatra infantile la mamma di un bimbo Down nato da pochi giorni non riusciva neanche a tenerlo in braccio. Pallida e sfatta dal dolore lo guardava tra le braccia del marito e chiedeva al medico cosa avrebbe mai potuto fare di buono un bambino così. Nei giorni successivi si chiuse in casa. Il neuropsichiatra infantile effettuò una visita domiciliare portando con sé un'ostetrica del consultorio, che in seguito vi tornò sola. L'attenzione dei genitori fu guidata in tal modo verso le risorse relazionali del bimbo e il valore dell'allattamento al seno. La madre iniziò ad allattare il bambino con successo e a vederlo non solo come oggetto di cura, ma come soggetto di relazione.

Per far crescere i sistemi organizzativi occorre crescere nella propria competenza professionale e dialogare con le altre professioni, ritenendole altrettanto competenti.

È quella che si chiama "relazione di competenza", una "risorsa invisibile" di un sistema di cura che valorizza competenza, integrazione e coordinamento dei professionisti.

Risorsa invisibile che va a migliorare gli indicatori di processo, come l'organizzazione del lavoro, e non solo di esito. ■

Il neuropsichiatra infantile, i servizi sociali e i servizi psichiatrici per adulti

J. è figlio di una paziente psichiatrica grave, che lo delega ai suoi genitori anche se lo ama. Il bimbo fin da piccolo assiste alle continue fughe di casa della madre e ai suoi frequenti ricoveri psichiatrici. In casa coi nonni vive in un ambiente adulto pieno di conflitti e superstizioni. Fuori casa sperimenta l'isolamento e lo stigma sociale della sua famiglia.

È inviato al medico neuropsichiatra infantile, per monitorarne lo sviluppo globale e gli indici di rischio.

Gli interventi di sostegno al nucleo familiare e al bambino non sortiscono i risultati sperati e, prima che l'infanzia del bimbo finisca, è ormai chiaro che questo nucleo non ha in sé le risorse sufficienti per continuare ad affrontare la prova dell'educazione e che il bimbo già presenta un corteo di sintomi fobici.

Nasce l'ipotesi di una famiglia affidataria che, per concretizzarsi, necessita della rete di aiuti e opportunità che il servizio sociale può offrire e del supporto basale della conoscenza dei reali bisogni del bambino e della madre, offerta dai servizi di salute mentale.

Solo con l'affido madre e bambino possono rivedersi con occhi nuovi, ma occorre che i servizi li aiutino a vedere il guadagno relazionale che possono averne.

La qualità della relazione genitore-bambino è in questo caso ciò che accomuna gli operatori e la famiglia e, poiché è un obiettivo comune, permette di superare metodi di lavoro diversi e di creare un percorso assistenziale integrato.

Il bimbo affidato è ora un adolescente sano e aperto, che non ha perso il legame con la madre, ma lo ha rinforzato nelle aree possibili. ■

Il neuropsichiatra infantile, i terapeuti della riabilitazione e il servizio sociale

M. è una bimba affetta da cromosomopatia con ritardo mentale e deformità osteo-articola-

ri. Il neuropsichiatra infantile e i terapeuti ravvisano, nel corso del trattamento riabilitativo, la necessità un approccio neuromotorio in piscina. La decisione di offrire un'educatrice per la preparazione della bambina prima e dopo la piscina, fornisce l'occasione per un lavoro integrato tra fisioterapisti, neuropsichiatra e servizio sociale, finalizzato a sollecitare le competenze dei familiari riguardo al difficile accudimento fisico della bambina, che si oppone alle cure igieniche.

L'educatrice messa a disposizione dal servizio sociale riesce ad instaurare una buona relazione con M. e a farle accettare le pratiche di accudimento anche a casa. Il suo intervento a domicilio, fino ad allora rifiutato, viene accettato, estendendo le modificazioni comportamentali ottenute fino a che i familiari stessi non acquisiscono competenza e sicurezza sufficienti per procedere in modo autonomo.

Il sostegno esterno dell'educatrice può essere così progressivamente diminuito fino alla sua sospensione dopo alcuni mesi.

Come si vede da questo caso, la sintonia tra servizio sociale e sanitario può costruire risposte complesse nel caso dell'handicap infantile e adolescenziale, laddove è necessario un forte impegno riabilitativo.

In quest'area è prassi un intervento congiunto dell'équipe riabilitativa, tuttavia non sempre gli ausili e i programmi proposti vengono accettati.

In questi casi occorre una sapiente regia integrata tra professioni sanitarie e sociali per abbattere il timore di nuovi e faticosi adattamenti e permettere un'evoluzione nell'accettazione del bisogno da parte del minore e della sua famiglia.

Molto spesso l'integrazione socio-sanitaria facilita i passaggi del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo, rendendolo più fluido.

Analoga fluidità si può ottenere a scuola, nell'interfaccia con gli insegnanti, nel corso delle riunioni per la stesura del piano educativo individualizzato per minori disabili.

Queste riunioni di lavoro vedono in-



sieme famiglie, docenti e specialisti del servizio sanitario. Sono altamente efficaci quando si riesce nell'obiettivo di guardare il bambino come un "unicum", anche se ognuno da un punto di vista diverso e se si ha il tempo sufficiente per riflettere insieme sulle risorse del minore e non solo sui problemi che presenta. ■

Il neuropsichiatra infantile, la scuola e la famiglia

Riportiamo un caso clinico di una adolescente autistica, dal comportamento molto instabile. Nel corso di una riunione a scuola gli insegnanti si dicono provati dai continui agiti aggressivi in classe.

I genitori si difendono facendo presente ai docenti quanto loro per primi non perdano l'occasione per rimproverarla. In realtà S. è estremamente sensibile, come molti autistici, ad un eccesso o difetto di stimolazione sensoriale. È molto importante capire se questa sensibilità è alla base del comportamento sociale alterato. Una breve indagine mirata, successiva alla riunione, permette al neuropsichiatra infantile di ipotizzare ciò che nell'ambiente scolastico si potrebbe evitare per non incorrere in agiti aggressivi.

Si decide di aprire una nuova pista, proponendo ai docenti e genitori di poter offrire ai compagni di S. un incontro in classe, di sensibilizzazione e formazione al rapporto con lei. Il neuropsichiatra infantile non vi si reca da solo, ma guadagna la presenza di un familiare della ragazza, che apporta il suo contributo raccontando la vita in famiglia con S.

Gli alunni fanno domande e hanno risposte, esprimono le loro idee e vissuti, assistono ad una alleanza concreta tra famiglia e scuola, famiglia e medico, medico e scuola.

Il caso mostra come l'alleanza con chiunque abbia funzioni educative possa dare forma a progetti che vanno a incidere sui determinanti sociali della salute, come l'amicizia e la coesione sociale. Questi che sono antidoti dell'emarginazione sono anche fattori protettivi per la salute

mentale dei minori, da ricercare attivamente.

Il neuropsichiatra infantile spesso ne facilita il rinforzo costruendo progetti con educatori extrascolastici. ■

Il neuropsichiatra infantile e i servizi educativi

Il caso clinico di M., figlio di madre nubile, ci mostra un ragazzino che soffre ancora per l'abbandono del padre. I sintomi disadattivi (fughe, menzogne, scarso rendimento scolastico) poggiano su una sottostante depressione. Si costruisce per lui un progetto psicoeducativo di aiuto per migliorare l'autostima e inserirlo in un gruppo sportivo. L'educatore domiciliare lo supporta per lo studio e lo accompagna in palestra dove la madre non lo porterebbe. Egli rappresenta un sostegno all'lo del ragazzo e uno stimolo all'attitudine prosociale. L'obiettivo della psicoterapia, diminuire l'autodistruttività, ne ha un valido supporto.

I risultati positivi giungono dopo poco tempo: M. è un bambino meno arrabbiato e più cooperativo.

Terminiamo con alcune riflessioni sul rapporto con l'altra disciplina-madre della neuropsichiatra infantile: la pediatria.

Il sapere sugli aspetti relazionali della vita del bambino e adolescente si integra in tanti momenti della professione del pediatra, dal sostegno all'allattamento al bilancio di salute, dall'educazione alimentare a quella degli sfinteri, ai consigli su sonno e paure, e poi ancora fino alla frequente richiesta di valutazione per il linguaggio o l'apprendimento...

Citando Panizon "si tratta di un bisogno di rifondazione del sapere pediatrico e del sapere neuropsichiatrico, due saperi che hanno sempre più bisogno di integrarsi, ciascuno senza perdere nulla della sua individualità, anzi rinforzandola." ■

Il neuropsichiatra infantile e il pediatra di famiglia

A. è di origine russa, ha vissuto l'abbandono e il maltrattamento prima di essere alloggiata in istituto e quindi adottata.

Nell'istituto i suoi rapporti erano con figure di accudimento solo parzialmente interessate a lei, ai suoi bisogni materiali, senza una sintonizzazione affettiva.

Dopo il suo arrivo nella famiglia adottiva presenta un grave quadro di ipercinesia e il Pediatra di famiglia la invia al neuropsichiatra infantile.

Il pediatra coglie la sua "fame di relazione", mai appagata fino a quel momento, e la difficoltà dei nuovi genitori a trovare la dimensione regolativa della relazione educativa.

Il lavoro clinico è svolto in grande collaborazione tra i due specialisti, per poter operare una sintonizzazione della famiglia verso i bisogni relazionali di A. e sostenere il cammino psicoterapico.

Così A. impara a sperimentare nuove vie di contatto fisico e di gioco corporeo, sentendosi finalmente accolta nella sua interezza comportamentale, intrapsichica e somatica.

Il pediatra sta prendendo atto del cambiamento della sua professione, alle prese con i problemi funzionali di una fascia di età sempre più al centro delle ansie dei genitori.

Per il neuropsichiatra infantile si tratta di prendere atto di una maggiore quantità di bisogni dei minori in cui deve cercare la collaborazione con il primo livello delle cure al bambino.

Per entrambi, di mettersi al passo con lo sviluppo delle neuroscienze, di tener conto che il cervello, per gran parte, si costruisce modificando la rete neuronale sulla spinta di esperienze ed emozioni e dunque vale la pena intervenire prima possibile, di fare programmi di educazione alla salute e di potenziare i "legami di attaccamento" del bambino.

La cultura della NPI è costituzionalmente aperta al metodo del lavoro di gruppo multiprofessionale e ha l'esigenza concreta di raccordarsi all'area delle cure primarie.

Più il rapporto sarà costante con i pediatri e i medici di medicina generale più si faranno progressi nella prospettiva della salute pubblica, individuando con più precisione i fattori di rischio per i disturbi neuropsichici e favorendo politiche volte a

promuovere salute mentale.

Per concludere: ci sembra che la qualità del lavoro clinico in neuropsichiatria infantile, così dipendente dalla cultura dell'integrazione interprofessionale, rappresenti uno stimolo importante nella riflessione sulla sanità di oggi, sempre più bisognosa di comunicazione e rela-

zione per non impoverirsi e frammentarsi. ■

■ Bibliografia

- S. Beccastrini: "La promozione della salute sul territorio e nella comunità locale, dalla carta di Ottawa ai PIS" Atti del corso di formazione "I Piani integrati di salute" Cortona - settembre 2003.

- Atti della Conferenza Nazionale "Povertà, rischio ambientale e salute" Arezzo-marzo 2005.
- M. Petrillo "La relazione genitori-bambino disabile" Atti del convegno "Verso un pieno umanesimo-orizzonti nuovi in psicologia" Roma 2002.
- D. Marcelli "Psicopatologia del bambino" ed. Masson - 2003.
- F. Panizon "Neuropsichiatria quotidiana per il pediatra di famiglia" Medico e bambino - 2003. ■

TAVOLA ROTONDA

moderata dal Dott. Luigi Triggiano

Partecipanti:

Dott. S. Beccastrini

Coordinatore didattico Scuola Internazionale Ambiente, Salute e Sviluppo Sostenibile SIASS - Medico e pedagoga

Dott. A. Panti

Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici della Toscana

Dott. D. Grisillo

Segretario Provinciale della FIMMG - Arezzo

Dott. D. Vanni

Direttore del Dipartimento di Medicina della ASL di Arezzo

Prof. R. Salvadori

Coordinamento del Volontariato

► moderatore

Dott. Beccastrini lei che è un esperto di sistemi di comunicazione in sanità, non pensa che nella pratica medica e nei sistemi di governo aziendale i medici siano bersagliati da un sistema di dati e di report che allontanano da una vera comunicazione, non contenendo elementi che spingono a valutare la qualità delle relazioni e dei percorsi assistenziali finalizzati ad un buon esito delle cure?

► S. Beccastrini

Non vi è dubbio che viviamo in un'era supertecnologica con una ridondanza informativa, non comunicativa. Viviamo un'epoca di paradossale incomunicabilità. Credo che si debba partire da qui: dal chiedersi quanto è in crisi la comunicazio-

ne nel mondo sanitario, nel mondo medico. Aggiungo un'altra domanda: quanta dell'attuale crisi della medicina è legata alla crisi della comunicazione? Uno dei maggiori storici della medicina, Giorgio Cosmacini ha detto "la medicina attuale, nonostante i successi tecnologici ecc... ecc... è sostanzialmente una medicina in crisi". In un editoriale di una famosa rivista medica si chiedeva perché i medici sono attualmente infelici. Sono infelici perché sentono intorno a sé questa crisi. E Cosmacini ha detto è una crisi di fiducia, di mancanza di unità. Qui abbiamo sentito come non c'è rapporto fra professionisti dello stesso reparto o dello stesso dipartimento; è una crisi di sostenibilità perché se si percorre una strada di ipertecnicismo, ipersettorialismo, iperspe-

cializzazione, ipercommercialismo e quindi iperconsumismo, perché poi è l'offerta che crea la domanda, tutto sarà sempre più insostenibile. Non ci sarà aziendalizzazione che tenga, rispetto alla voragine che questo crea. Perciò tutto questo richiama la necessità di rifondare umanisticamente la medicina. E la medicina la si rifonda in tal senso se si riparte dalla relazione fondativa della medicina che è la relazione fra il medico ed il paziente. Quando il prof De Beni e Coppola, io ho apprezzato molto le loro relazioni, hanno entrambi più di una volta utilizzato il termine, il concetto di "altro", il "rispetto dell'altro", "l'empatia con l'altro", bene chiediamoci quanto la medicina attuale corra il rischio di perdere proprio l'altro. Dobbiamo tener presente innanzi-



tutto che l'incontro tra medico e paziente è innanzitutto l'incontro tra due storie e, se quelle due persone vogliono instaurare una relazione, umanamente esistenzialmente proficua, devono vicendevolmente rispettarci. Due persone, nel loro incontrarsi, si rispettano se entrambi si sforzano di comprendere la soggettività il linguaggio, l'atteggiamento, le aspettative dell'altro. C'è questo in noi medici? C'è il rispetto del linguaggio dell'altro, quando, pur di distinguersi da lui, chiamiamo "bocca", quella cosa bellissima che serve per parlare, mangiare, baciare, cavo orale o fauci? E questo perché forse è più scientifico chiamare la bocca cavo orale? No! È soprattutto per distinguersi. Questo è gergo. E quando un medico incontra una persona e usa il gergo, per non farsi capire, già non c'è più rispetto della persona. Da qui dobbiamo ripartire. Da una medicina che riscopra l'elemento narrativo, che si incontra con le storie dei malati e dei pazienti. Per fortuna ciò sta cominciando a diffondersi anche nel nostro paese.

► moderatore

Dottor Panti, oggi gli Ordini dei Medici non sono chiamati solo ad essere una espressione rappresentativa di una categoria professionale, ma anche a svolgere una funzione sociale ed a contribuire a sviluppare quel valore etico che questa professione può esprimere nella risposta ai bisogni della collettività. Dunque, questa è la domanda che richiama il tema di questo convegno: la salute dell'organizzazione sanitaria, degli operatori sanitari e della persona, sono contemporaneamente possibili? Possono essere espressione di uno stesso processo che li deve obbligatoriamente coinvolgere?

► A. Panti

Sono molto d'accordo con ciò che ha detto Beccastrini. È l'epoca in cui la comunicazione sembra essere più diffusa e persuasiva e godere di strumenti facilitanti. Purtroppo assistiamo inesorabilmente al peggioramento della qualità della prestazione quasi che in una situa-

zione di eccesso di comunicazione venissero in superficie le irrazionalità o, peggio, le immoralità della comunicazione. Questo riguarda tutti i campi e non soltanto un problema della medicina. Ciò naturalmente riveste una importanza nodale in medicina che è prevalentemente "comunicazione" e prevalentemente "tecnica." Due "prevalentemente" che stanno bene insieme. La medicina non può essere solamente relazione né solamente tecnica. Nella medicina dunque la comunicazione è vitale come all'interno di qualsiasi grande impresa. E noi sappiamo che tanto più è contorta o insufficiente la comunicazione all'interno dell'organizzazione, tanto più l'organizzazione sarà insicura per chi ci lavora e per il paziente. In tal senso è respingente, crea più anticorpi più diffidenza, più difficoltà di quanto invece sia più accogliente. Questo è un problema enorme che, per sintetizzare la risposta alla domanda terribile che mi è stata fatta, ci fa porre come Ordini, prima di pensare agli strumenti per comunicare meglio, e dopo aver ascoltato le importanti relazioni della mattinata di Coppola e De Beni e gli interventi che si sono succeduti, una domanda: Quale è il limite morale della Comunicazione? Perché la relazione è fra medico e medico, per garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni, fra medico e paziente, fra medico, paziente e comunità. Riferendosi ai recenti fatti di cronaca sanitaria in Valdarno Dino Vanni ci ha detto che l'azienda taceva sulla comunicazione in attesa di veder più chiaro su ciò che era successo in quel di Montevarchi. Ma quel di Montevarchi è iniziato con una comunicazione fra due medici; dove uno ha sentito la necessità di chiamare "Striscia la Notizia" per esprimere un dissenso nei confronti di un altro medico. Se questo è il livello della comunicazione si va poco lontano. In questa occasione la comunicazione mediatica appare come ricerca di sensazionalismo, comunicazione come sfida alla morale e non una comunicazione intesa come trasmissione tollerante di idee. Mi chiedo allora: se è essenziale parlare di cultura della comunica-

zione, esiste allora una formazione alla comunicazione stessa e prima ancora un'etica della comunicazione? A Firenze con i giornalisti abbiamo redatto "una Carta Toscana della informazione biomedica", firmata da me e dal presidente dei giornalisti toscani. Con essa si dava un decalogo di principi ragionati sulla correttezza dell'informazione biomedica. Basti pensare a quante notizie distorte ogni giorno vengono diffuse: c'è chi dice che "guarisce" il cancro e chi dice che si muore tutti a causa di una data malattia... avaria... malasanità... Che alla fine si muore tutti è l'unica cosa certa. Si tratta di una Carta molto bella ma come si fa ad applicarla? Ecco questo è un primo problema. Probabilmente gli Ordini dovrebbero avere compiti impregnanti, pochi, ma anche strumenti per attuarli. Questo è in discussione. Vediamo cosa ne viene fuori. In questo si intravede il grande compito sociale che gli Ordini sono chiamati a svolgere, che non è la tutela sindacale della professione ma invece la tutela offerta, la garanzia della qualità della professione offerta al cittadino. Inoltre abbiamo elaborato un'altra carta "La Carta di Firenze" dove si parla di relazione tra medico e paziente. Una cosa tra le altre essa dice... "il tempo di ascolto e di relazione è tempo di cura". Ciò riconosce un fatto fondamentale: ovvero che la medicina è fatta di interventi tecnici meravigliosi, che hanno consentito i grandi successi della medicina moderna, ed è fatta di ascolto come diceva Platone 2500 anni fa. Nelle organizzazioni sanitarie però oggi abbiamo meno tempo per ascoltare e questo perché abbiamo una serie di incombenze e fogli da riempire. Se dunque il tempo di relazione è tempo di cura, come viene stimato il tempo di lavoro del medico che tutt'ora viene valutato come numero orario di prestazioni? Cioè quante prestazioni fai in un dato tempo. Ora questo può sembrare logico in una ditta che produce scarpe salvaguardando la qualità della scarpa prodotta, ma non può essere così per noi. Fatta salva la velocizzazione delle procedure diagnostiche dove il risparmio

di tempo è fattore di produttività, il tempo necessario al rapporto con il paziente è quello di sempre non può essere tecnologicamente comprimibile. Un economista faceva notare che dal tempo di Mozart ad oggi nel tempo che un ciabattino realizzava una scarpa se ne fanno molte di più, ma il tempo necessario a suonare un'opera di Mozart è sempre lo stesso. Concluderei allora dicendo che l'Ordine dovrebbe essere quello che deve garantire l'etica della comunicazione, almeno fra medici, come base della cultura della comunicazione che deve cercare di promuovere e favorire; deve avere gli strumenti per sanzionare chi distorce questa comunicazione e allo stesso tempo quelli per garantire che il medico possa esercitare questa sua funzione, questo suo obbligo comunicativo che, pur continuando a svilupparsi la tecnologia, resterà sempre un valore umano fondamentale.

► moderatore

Dott. Grisillo come vive il medico di medicina Generale la comunicazione ed in particolare quella con il proprio paziente?

► D. Grisillo

Il Medico di famiglia è in una posizione privilegiata rispetto ai suoi pazienti in tema di comunicazione, anche in virtù del particolare rapporto di fiducia, in quanto il paziente sceglie il suo medico di famiglia (unico pezzo del SSN ad esser scelto dal paziente) cosa che non può fare con lo specialista ospedaliero e questo è un ottimo presupposto per una buona comunicazione. Inoltre il setting della medicina generale è orientato all'ascolto in quanto una notevole percentuale degli accessi del paziente allo studio del MMG è legata a problemi relazionali, piuttosto che a problemi di salute fisica. Nel tempo la Medicina Generale ha abbandonato (e ne sono prova i numerosi corsi di formazione obbligatoria svolti sulla comunicazione) l'impostazione "paternalistica" che vedeva il medico dare al paziente le "soluzioni" senza una vera e propria

fase di ascolto, basandosi magari solo su un obiettivo esame obiettivo e visita.

Attualmente la stragrande maggioranza del tempo di ambulatorio è dedicata ad ascoltare il paziente, aiutarlo ad individuare i reali problemi, che spesso sono diversi dai bisogni iniziali espressi e condividere le possibili soluzioni.

Rispetto alla diversità tra bisogno reale e bisogno inizialmente percepito e quindi dichiarato dal paziente, gioca un ruolo importante in negativo la comunicazione dei mass media che spesso induce un acritico bisogno consumistico o ingenera false aspettative o speranze (esempio del paziente che non dice al medico i disturbi che ha, ma esordisce chiedendo la prescrizione di un esame di cui ha sentito "parlar bene" in qualche trasmissione televisiva o in qualche rubrica specializzata di giornale o settimanale).

► moderatore

Dott Vanni come è vissuto in ospedale il problema della Comunicazione e quali fattori la ostacolano?

► D. Vanni

A mio avviso esiste nella classe medica un problema di cultura della comunicazione, dal momento che quest'aspetto relazionale è affidato prevalentemente alle capacità interpretative dei singoli, mentre ormai la comunicazione rappresenta un argomento oggetto di approfondimento scientifico le cui tecniche possono essere approfondite, studiate e praticate. Per questo nel Dipartimento di Medicina Interna, ma anche in altri Dipartimenti sono stati organizzati momenti di aggiornamento specifici rivolti a tutti gli Operatori, non solo medici.

È necessario infatti prendere consapevolezza come il momento della comunicazione, saper informare, ma anche saper ascoltare, rappresentano una componente fondamentale dell'atto medico, da collocare sullo stesso piano di un corretto processo diagnostico e di un appropriato intervento terapeutico, anzi capace di rendere questi ultimi più efficaci, perché condivisi.

Tuttavia, per un medico ospedaliero, sono presenti problematiche aggiuntive: l'appropriatezza dei setting assistenziali pone l'ospedale come un'area di degenza ad alta intensità assistenziale ed elevato impegno tecnologico ove i ritmi dettati dalla esigenza di gestire l'acuzie rischiano di soffocare il momento comunicativo, il momento cioè in cui medici e non medici si siedono accanto al Paziente e ai suoi familiari e attraverso il colloquio, la conoscenza dei bisogni, l'informazione su possibilità e limiti dell'atto medico, pongono le premesse per una relazione di fiducia condizione indispensabile nel percorso assistenziale.

Nella realtà ospedaliera la necessità di un elevato turnover sul posto letto, la rotazione degli operatori nel sistema della turnazione, la ottimizzazione delle prestazioni da concentrare nel tempo, può rendere difficile la personalizzazione del rapporto con il Paziente che vede scorrere davanti a sé volti diversi, non sempre conosciuti, ostacolando la percezione della continuità. Anche in tale contesto si colloca il problema del consenso informato, in cui il Medico esplicita al Paziente le motivazioni per cui si ritiene opportuna una determinata scelta diagnostica o terapeutica, ma al tempo stesso lo informa sui rischi e le eventuali alternative; tale momento della comunicazione deve prevedere un impegno specifico attraverso la contestualizzazione del linguaggio e la capacità di ascolto circa bisogni e aspettative, perché non diventi un mero atto di Medicina Difensiva inutile per tutti.

► moderatore

Quali bisogni e quali esigenze emergono dalle esperienze di un paziente nei suoi rapporti con i medici e con l'organizzazione?

► R. Salvadori

C'è una costante nel modo di intendere il rapporto medico-paziente che corre attraverso i millenni. Possiamo coglierla in queste parole di Platone, il quale afferma che il buon medico non prescrive nulla al malato *fino a che non l'ha convin-*



to dell'efficacia della sua cura e solo allora, avendolo già blandito con la persuasione, cerca di portare a termine la propria opera, restituendogli la salute. E aggiunge che il buon medico *mette a parte della diagnosi lo stesso malato e i suoi casi e, così facendo, nel medesimo tempo impara qualcosa dal paziente e, per quanto gli riesca, anche gli insegna qualcosa.* (Leggi, 720d).

Insisto particolarmente su quest'ultimo aspetto. La medicina odierna è una scienza, ma è una scienza empirica ed è quindi fallibile. Questo fa sì che essa assuma le caratteristiche di una ricerca da condurre insieme tra medico e paziente - che hanno lo stesso obiettivo potenziale, la guarigione - nella comune consapevolezza della possibilità e dei limiti delle loro diverse conoscenze ed esperienze.

Le deviazioni da questo tracciato vanno dal paternalismo più o meno autoritario dei tempi passati all'odierno contrattualismo ispirato a motivazioni tecniche che riguar-

dano il sapere medico e a motivazioni burocratiche che riguardano l'organizzazione.

Indico, pressoché a caso, alcune di queste distorsioni:

- l'eccessivo ricorso a moduli pre-stampati per raccogliere il consenso del paziente in atti medico-chirurgici significativi; si dimentica così che l'obbligatorietà della firma dell'assistito si ha solo in tre casi (trasfusioni e trattamenti degli emoderivati; trapianti di organo; sperimentazione); siamo in presenza di una forma di medicina *difensiva* che costituisce un vero e proprio diaframma tra il personale sanitario e gli assistiti;
- la mancanza di un *vademecum* che aiuti effettivamente il degente a orientarsi nelle procedure proprie degli ospedali (quelli finora introdotti hanno inconvenienti che derivano dall'essere stati elaborati senza il concorso degli interessati o dei loro rappresentanti);

- la trascuratezza in cui viene spesso lasciato il dettato della legge regionale 1° giugno 1983, n. 36, art. 6, secondo comma:

Il paziente ha il diritto di essere informato su indagini e trattamenti alternativi anche se eseguiti altrove;

- l'insufficiente attenzione che ancora viene posta alla terapia del dolore, a cominciare dall'obbligo di trascrivere la misura del dolore stesso nella cartella clinica;
- il mancato ricorso ad accorgimenti (anche piccoli, ma di notevole significato) che rendano le comunicazioni del medico al paziente più cordiali e più comprensibili; ad esempio, sarebbe opportuno che il medico si sedesse, al capezzale del degente per conversare, sia pur brevemente, con lui, anziché restare in piedi, torreggiante, al fondo del letto generando, così, pur non volendolo, un senso di suditanza nel suo interlocutore.



FNOmCeO

Roma, 11 DIC. 2006

COMUNICAZIONE N. 81

Prot. N°: 12070

Rif. Nota:

Resp. Proced.: *- Dr ssa Cecilia d'Addio*

Resp Istrut.:

OGGETTO:

➤ Pillola del giorno dopo –
Obiezione di coscienza

AI PRESIDENTI DEGLI ORDINI DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI

AI PRESIDENTI DELLE COMMISSIONI
PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEGLI
ODONTOIATRI

LORO SEDI

Sono pervenute alla Federazione numerose richieste di informazioni in merito alla problematica dell'obiezione di coscienza relativamente alla prescrizione della "pillola del giorno dopo" con particolare attenzione alla posizione dei medici che prestano il servizio di continuità assistenziale.

Si ritiene, pertanto, opportuno fornire a tutti gli Ordini provinciali chiarimenti in proposito considerando anche l'aspetto della responsabilità civile del medico in merito alla questione specifica.

La Commissione Nazionale di Bioetica si è pronunciata con una nota del 28/5/2004 sulla contraccezione di emergenza sostenendo il diritto del medico di appellarsi alla "clausola di coscienza" nel caso di prescrizione e somministrazione della pillola del giorno dopo.

Pur essendo tale "clausola di coscienza" concetto più sfumato rispetto all'obiezione di coscienza, riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico solo nei casi di aborto e servizio militare, cioè di quei casi in cui l'azione del singolo è diretta alla soppressione della vita, tuttavia sul piano sostanziale costituisce diritto assimilabile a quello proveniente dall'obiezione di coscienza e trova la sua consacrazione nella disposizione di cui all'art. 19 del Codice di deontologia medica del 1998.

FNOmCeO Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Piazza Cola di Rienzo, 80/A - 00192 Roma - Telefono 06 36 20 31 Fax 06 32 22 794 - e-mail: segreteria@fnomceo.it - C.F. 02340010582

LEGGI DECRETI CIRCOLARI FNOmCeO E ENPAM



Tale norma, prevedendo che il medico al quale vengono richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave e immediato nocumento alla salute della persona assistita, è stata correttamente letta come disposizione che attribuisce alla coscienza uno spazio di espressione maggiore rispetto a quello che risulta esplicitamente attribuito dalle disposizioni di legge

Il diritto del medico all'obiezione di coscienza non può comunque, in alcun modo ledere il diritto del paziente ad una prestazione che l'ordinamento giuridico riconosce come dovuta (art 1, Legge 405/75 "Istituzione dei consultori familiari")

E' necessario pertanto individuare un punto di equilibrio che consenta a tutti i soggetti coinvolti di poter esercitare i loro diritti senza che ciò implichi difficoltà rilevanti e restrizione di fatto delle libertà e dei diritti civili e sociali riconosciuti che porterebbero a inevitabili contenziosi

Considerando, inoltre, il caso specifico dei medici che forniscono servizio di continuità assistenziale bisogna considerare che i medesimi all'interno dello stesso possono intervenire in situazioni di urgenza con relativa prescrizione di farmaci ed è in questa veste che, verosimilmente, sono tra i più interessati dalla problematica e tra i più esposti ad eventuali denunce per omissioni di atti d'ufficio conseguenti alla mancata prescrizione

La Federazione ritiene, per quanto evidenziato, che nel caso in cui al medico obiettore di coscienza sia richiesta la prescrizione di cui trattasi, lo stesso non può limitarsi ad esprimere la propria obiezione ma debba provvedere nell'ambito delle proprie responsabilità affinché la richiedente possa accedere con tempi e modalità appropriate alla prescrizione

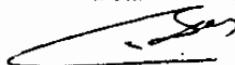
Tale posizione trova riscontro nella postilla alla nota del Comitato di Bioetica che prendendo atto che l'ampliamento della libertà riconosciuto al medico nel caso di prescrizione della pillola del giorno dopo comporta come conseguenza la possibilità di disagi aggiuntivi all'accesso al principio farmacologico invita le Autorità ed Istituzioni competenti a vigilare e provvedere affinché l'esercizio della clausola di coscienza non si traduca di fatto nella restrizione delle libertà e diritti riconosciuti dall'ordinamento giuridico

La FNOMCeO ritiene, inoltre, che trovando la legittimazione ad esercitare la clausola di coscienza la sua ragion d'essere nella disposizione di cui all'art 9 della

Legge 194/78 (Legge sull'interruzione della gravidanza), i medici debbano adottare le modalità prescritte nell'articolo medesimo e pertanto debbano inviare la dichiarazione relativa all'obiezione di coscienza al direttore generale della ASL e al direttore sanitario nel caso di personale dipendente dall'ospedale.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Dott. Amedeo Bianco



- Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a: Redazione "Il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo – Viale Giotto 134 52100 Arezzo – Tel 0575/22724 - Fax 0575/300758 – E-mail: chirurgi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurgi@omceoar.it
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il numero di 15.
- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *Hepatology* 1994; 20:1225 – 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.
- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore, potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.
- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).
- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.
- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata. La richiesta di estratti va fatta direttamente a:
L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.
Tel.0575/907425 – 52100 Arezzo.
- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.
- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. È vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.
- È prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.

