

# Les nouveaux langages au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle

Édité par  
Jean-Paul Dufiet et Marie-Christine Jullion





LINGUE CULTURE MEDIAZIONI  
LANGUAGES CULTURES MEDIATION

<https://www.ledonline.it/LCM-Journal>

*La Collana / The Series*

---

*Dipartimento di Scienze della Mediazione Linguistica e di Studi Interculturali  
Università degli Studi di Milano*

DIREZIONE DELLA COLLANA / EDITOR OF LCM - THE SERIES  
Marie-Christine Jullion

---

DIREZIONE RESPONSABILE DELLA RIVISTA / EDITORS-IN-CHIEF OF THE JOURNAL  
Paola Catenaccio - Giuliana Garzone

COMITATO DI DIREZIONE / EDITORS

Marina Brambilla - Luigi Bruti Liberati - Maria Vittoria Calvi - Gabriella Cartago  
Lidia De Michelis - Dino Gavinelli - Marie-Christine Jullion - Alessandra Lavagnino  
Chiara Molinari - Giovanni Turchetta

COMITATO DI REDAZIONE / SUB-EDITORS

Maria Matilde Benzoni - Paola Cotta Ramusino - Mario De Benedittis  
Kim Grego - Giovanna Mapelli - Fabio Mollica - Bettina Marta Mottura  
Mauro Giacomo Novelli - Letizia Osti - Maria Cristina Paganoni  
Giuseppe Sergio - Virginia Sica - Nicoletta Vallorani

COMITATO SCIENTIFICO INTERNAZIONALE / INTERNATIONAL ADVISORY BOARD

James Archibald (*Translation Studies*) - Hugo de Burgh (*Chinese Media Studies*)  
Kristen Brustad (*Arabic Linguistics*) - Daniel Coste (*French Language*)  
Luciano Curreri (*Italian Literature*) - Claudio Di Meola (*German Linguistics*)  
Donatella Dolcini (*Hindi Studies*) - Johann Drumbl (*German Linguistics*)  
Denis Ferraris (*Italian Literature*) - Lawrence Grossberg (*Cultural Studies*)  
Stephen Gundle (*Film and Television Studies*) - Tsuchiya Junji (*Sociology*)  
John McLeod (*Post-colonial Studies*) - Estrella Montolio Durán (*Spanish Language*)  
Silvia Morgana (*Italian Linguistics*) - Samir Marzouki (*Translation, Cultural Relations*)  
Mbare Ngom (*Post-Colonial Literatures*) - Christiane Nord (*Translation Studies*)  
Roberto Perin (*History*) - Giovanni Rovere (*Italian Linguistics*)  
Lara Ryazanova-Clarke (*Russian Studies*) - Shi-Xu (*Discourse and Cultural Studies*)  
Srikant Sarangi (*Discourse Analysis*)  
Françoise Sabban (*Centre d'études sur la Chine moderne et contemporaine - Chinese Studies*)  
Itala Vivan (*Cultural Studies - Museum Studies*)

All works published in this series have undergone external peer review.

Tutti i lavori pubblicati nella presente Collana sono stati sottoposti a peer review  
da parte di revisori esterni.

ISSN 2283-5628  
ISBN 978-88-7916-977-6

Copyright © 2021

*LED* Edizioni Universitarie di Lettere Economia Diritto

Via Cervignano 4 - 20137 Milano

www.lededizioni.com - www.ledonline.it - E-mail: led@lededizioni.com

I diritti di riproduzione, memorizzazione e archiviazione elettronica, pubblicazione con qualsiasi mezzo analogico o digitale (comprese le copie fotostatiche, i supporti digitali e l'inserimento in banche dati) e i diritti di traduzione e di adattamento totale o parziale sono riservati per tutti i paesi.

---

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da: AIDRO, Corso di Porta Romana n. 108 - 20122 Milano

E-mail [segreteria@aidro.org](mailto:segreteria@aidro.org) <<mailto:segreteria@aidro.org>>

sito web [www.aidro.org](http://www.aidro.org) <<http://www.aidro.org/>>

---

Volume stampato con il contributo  
del Dipartimento di Scienze della Mediazione Linguistica e di Studi Interculturali  
Università degli Studi di Milano

*In copertina:*

*Comunicare*, fotografia di Franco Quaini.

*Videoimpaginazione:* Paola Mignanego

*Stampa:* Logo

# Table des matières

INTRODUCTION	
Les nouveaux langages au tournant du XXI <sup>e</sup> siècle <i>Jean-Paul Dufiet - Marie-Christine Jullion</i>	7
NOUVELLES TECHNOLOGIES ET DOMAINES SOCIAUX	
Le langage du droit dans le contexte de transformation des sociétés contemporaines <i>Marie Cornu</i>	15
I nuovi scambi tra medici e pazienti: le parole della medicina <i>Antonio M. Carrassi</i>	35
Le débat sur l'extension de l'obligation vaccinale en France: analyse discursive et argumentative d'une parole "éclatée" <i>Elisa Ravazzolo</i>	47
LANGUE ET DISCOURS DES NOUVELLES TECHNOLOGIES	
Féminisation linguistique et écriture inclusive: de quelques nouvelles formes langagières du français <i>Françoise Sullet-Nylander</i>	71
Le forum de discussion: espace public des temps modernes <i>Maria Rosa Compagnone</i>	89
Renouveau des formes langagières dans la communication sociale sur Twitter <i>Grégoire Lacaze</i>	107
Les Auteurs	129



# I nuovi scambi tra medici e pazienti: le parole della medicina

*Antonio M. Carrasi*

DOI: <https://dx.doi.org/10.7358/977-2021-carr>

## ABSTRACT

Medicine showed enormous progresses since the middle of the last century and, thanks to the overwhelming research activities, which characterized that period, the average life span of people has increased extraordinarily. Many diseases that once were considered incurable are now being successfully treated. However, the disease has often been placed at the core of the clinical process rather than the person, the individual, the patient. Even in recent years, the patient doesn't always find in his doctor the appropriate degree of empathy, and the level of communication that would be desirable. Moreover, today we are living an extraordinary development and spreading use of digital resources and search engines. Patients exploit these tools to obtain any kind of information, included the one in the medical field. Information technology and search engines play an extremely important role in medicine, and they can be seen a pivotal communication instrument between clinicians and patients, although they can also provide inaccurate or incorrect feedback to laypeople looking for answers to health questions, who do not have enough medical knowledge to evaluate the reliability of the source. This problem has been raised by clinicians and, more generally, by health workers, who today operate with a view to greater psychological proximity to the patient, passing from a so-called *Disease Centred Medicine* to a clinical practice much more sensitive to the needs of the patient, to his experience, to the context in which he lives, thus achieving a *Patient Centred Medicine*. Listening, attention, empathy and the words that a clinician is required to use towards each patient, during the clinical routine, take on more and more value for a correct doctor-patient exchange and alliance.

*Parole chiave:* comunicazione; medico; paziente; scienze biomediche; web.

*Keywords:* biomedical science; communication; patient; physician; web.

Durante gli ultimi decenni abbiamo assistito ad uno straordinario sviluppo scientifico delle scienze biomediche. Sono stati individuati precisi percorsi eziopatogenetici per molte malattie, appropriati interventi di diagnosi precoce, ideati nuovi farmaci, definiti protocolli terapeutici efficaci, sviluppate strumentazioni diagnostiche e chirurgiche che, alcuni decenni fa sarebbero state, appunto, considerate impensabili. Il risultato ultimo di questo incredibile progresso è stato il notevole allungamento dell'aspettativa di vita dell'uomo. Questo dato, stante gli oggettivi costi che una moderna sanità comporta va essenzialmente riferito ai Paesi cosiddetti industrializzati e ricchi; nei Paesi poveri raramente le risorse disponibili consentono di implementare quanto la ricerca biomedica e la medicina sono oggi in grado di offrire.

L'Istat indica che, per il nostro Paese, si sia passati da un'attesa media di vita per il sesso femminile da 50.8 anni nel 1920 ad 85.3 anni nel 2018, mentre per il sesso maschile da 49.30 anni nel 1920 ad 80 nel 2019 (13° Rapporto Meridiano Sanità 2018). Naturalmente, lo sviluppo delle discipline biomediche è solo uno dei fattori che hanno determinato questo incremento, altri ed altrettanto se non più importanti hanno giocato un ruolo chiave: le migliorate condizioni di lavoro e socio-economiche, la diminuita mortalità infantile, la maggiore attenzione alle tematiche ambientali ed a corretti stili di vita. Giusto a titolo di esempio alcuni anni fa Flona Glovee, Chief Editor del *British Medical Journal* - *BMJ*, una delle più prestigiose riviste scientifiche mediche, promosse un'indagine chiedendo ai lettori quale fosse a loro giudizio la più importante "pietra miliare" della medicina a partire dal 1840, anno della fondazione del giornale. L'elenco, stilato da un gruppo di esperti, comprendeva quindici voci, tra le quali: la scoperta degli antibiotici, l'uso delle colture cellulari, l'*imaging* radiologico, i vaccini, la pillola contraccettiva, le tecnologie informatiche, la sanificazione, la scoperta della struttura del DNA (Ferriman 2007). Risposero al quesito più di 11.300 lettori e sorprendentemente fu la sanificazione igienica ad essere indicata come *milestone* della medicina. Il riferimento fu verosimilmente a quanto accadde a Londra, colpita da una grave epidemia di colera nel 1854, in particolare nell'area che ora viene denominata Soho. John Snow, medico ostetrico ed epidemiologo, sconfessò quanto allora veniva ritenuto, cioè che la malattia fosse legata ai miasmi e scoprì che il colera si diffondeva invece tramite il cibo e l'acqua inquinata. Una scoperta che influenzò fortemente la sanità pubblica e promosse maggiore attenzione alle misure igieniche e la costruzione di fognature ed impianti di distribuzione e depurazione e delle acque più efficienti.

La popolazione italiana oltre ad una maggiore aspettativa di vita, esprime una piramide demografica nella quale i soggetti di età avanza-



ta, in particolare i sessantacinquenni e gli ultrasessantacinquenni, sono molto numerosi. I soggetti di 65 o più anni, valutati nel 2016 come rappresentativi del 22% della popolazione si prevede arriveranno entro il 2050 ad essere il 34%. Si tratta di soggetti frequentemente affetti da una o più malattie croniche e che spesso necessitano di controlli sanitari e contatti con medici.

Le scienze biomediche moderne poggiano su radici antiche, basate sul cosiddetto *Metodo Scientifico*, proposto da Claude Bernard, fisiologo francese della seconda metà del XIX secolo. Claude Bernard propose che le scienze biomediche dovessero basarsi sui risultati di esperimenti volti a confermare od a smentire una determinata ipotesi (Bernard [1865] 1966). Questa metodologia può venire riassunta dal grafico seguente.



La ricerca biomedica si basa tuttora su questo tipo di percorso: formulazione di un'ipotesi volta ad interpretare una determinata osservazione, pianificazione di un esperimento utile a confermare l'ipotesi, analisi dei risultati, conferma o meno dell'ipotesi di base.

Negli anni '90 David Sackett, professore di Epidemiologia clinica alla Facoltà di Medicina dell'Università di McMaster fornì un importantissimo contributo alla valorizzazione di questo metodo nella pratica clinica. A lui si deve, infatti, la nascita della cosiddetta *Evidence-Based Medicine* (EBM), definibile come il processo della ricerca, della valutazione e dell'uso sistematico dei risultati della ricerca contemporanea come base per le decisioni cliniche, senza, peraltro, escludere i valori del

paziente (Sackett, Richardson *et al.* 1997). L'EBM fonda la centralità delle decisioni cliniche, che il medico assume nei confronti della patologia descritta dal paziente, sulle migliori prove reperibili nelle banche dati della letteratura scientifica, ricercate ed applicate dal singolo operatore. Le migliori prove emergono dalle ricerche considerate come qualitativamente migliori e, per quanto possibile, esenti da *bias* metodologici; possiedono queste caratteristiche, ad esempio, i trial clinici randomizzati (in cui i pazienti vengono allocati nel gruppo test e nel gruppo controllo in modo casuale), le revisioni sistematiche della letteratura e le metanalisi. L'EBM divenne da un punto di vista clinico, il principale punto di riferimento della medicina moderna, non solo come strumento metodologico ad uso del singolo sanitario ma anche come proposta strutturale dei Servizi Sanitari di alcuni Paesi (Muir Gray 1997).

Nelle ultime decadi ulteriori perfezionamenti e progressi nella pratica della medicina sono avvenuti grazie alla rivoluzione creata dalle tecnologie informatiche, che ha svolto un ruolo fondamentale nel fornire ai medici innovative possibilità di comunicazione, grande e rapida semplificazione riguardo le metodologie della ricerca di dati scientifici, più semplici rapporti di cooperazione tra clinici e tra ricercatori di vari Paesi. Le tecnologie informatiche hanno reso i cittadini in grado di ottenere autonomamente informazioni prima difficilmente accessibili, rendendoli maggiormente consapevoli delle problematiche sanitarie e riducendo il rapporto asimmetrico tra medico e paziente. Nulla ha modificato la pratica clinica medica più profondamente di Internet. Il suo effetto dirompente deriva anche dal fatto che le precedenti tecnologie erano completamente sotto il controllo del medico mentre Internet è controllato sia dal medico che dal paziente.

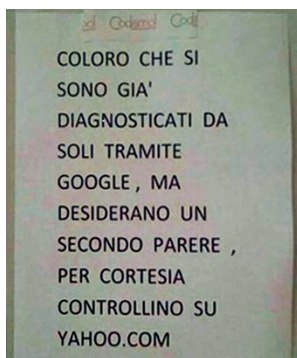
In un periodo in cui oltre 3 milioni e mezzo dei nostri concittadini rinunciano alle cure mediche per motivi economici, la rete è diventata per oltre un Italiano su due il nuovo punto di riferimento per la salute. Attualmente sono 38 milioni e 796.000 le persone che nel nostro Paese navigano su Internet, più di 800.000 rispetto allo scorso anno; per il 50% di questi l'uso di Internet è quotidiano, per lo più sono soggetti giovani anche se la quota di ultrasessantacinquenni è in significativo aumento (Silver and Huang 2019).

La disponibilità di informazioni sanitarie rese possibili dai motori di ricerca, Google primo fra tutti ed ironicamente anche denominato Doctor Google, ed i social media giocano un ruolo molto significativo nella pratica medica. Sono strumenti particolarmente utili ed ormai indispensabili per il medico che, ad esempio, verifica quotidianamente grazie ad essi una serie di ipotesi ed informazioni in previsione di assumere una determinata

decisione clinica, o comunica con il singolo paziente o organizza ambienti informatici di condivisione per gruppi di pazienti con la medesima malattia. Doctor Google, tuttavia, quando consultato dai pazienti fornisce informazioni normalmente non filtrate e la cui correttezza è non raramente opinabile. Circa l'80% di coloro che utilizzano Internet utilizzano il web per ottenere informazioni di tipo medico ed in particolare nei due terzi dei casi per una determinata malattia pur non essendo in grado di valutare la correttezza o meno di tali informazioni (Silver and Huang 2019).

L'azienda Growth for Knowledge esaminò nel 2016 quale fosse nel nostro Paese l'utilizzo di Google in campo sanitario. Secondo l'indagine di GfK un Italiano adulto su due ricerca attivamente informazioni relative alla salute e fra questi 11 milioni e mezzo, utilizzano strumenti e canali digitali per informarsi. Un'idea del problema che Doctor Google può creare ci viene da una recente spiritosa iniziativa di un medico dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori appese fuori dal suo studio un manifesto con il seguente testo:

COLORO CHE SI SONO GIA DIAGNOSTICATI DA SOLI TRAMITE GOOGLE,  
MA DESIDERANO UN SECONDO PARERE, PER CORTESIA CONTROLLINO  
SU YAHOO.COM



Molti pazienti, soprattutto affetti da cancro, diabete ed Alzheimer usano il web per confrontarsi con altre persone con problemi simili ai loro, creando comunità e condividendo le loro storie. Acquisiscono in tal modo nuove informazioni, e promuovono un'utile collaborazione. Queste *communities* possono crearsi spontaneamente o possono venir promosse da singoli medici, da strutture sanitarie od organizzazioni. Svolgono un ruolo estremamente importante consentendo un dialogo continuo ed un supporto aggiornato tra i sanitari ed pazienti e sono in continua crescita (Hilliard *et al.* 2015).

Per quali motivi di carattere medico le persone ricorrono a Doctor Google? Prevalentemente (80%) per comprendere il significato di un sintomo o per acquisire informazioni riguardo ad una malattia, spesso (43% dei casi) per scegliere a che medico od a quale struttura rivolgersi in caso di necessità, con meno frequenza (20%) vengono usati i social media e raramente (7%) per partecipare a gruppi di supporto sanitario (Calixte *et al.* 2020). Anche nel nostro Paese le informazioni più richieste sono quelle connesse alle malattie (78%), alle cure (62%) ai farmaci (45%) ed ai centri medici di eccellenza per determinate patologie. Recentemente IQVIA ITALIA ha intervistato un campione di 1.000 adulti utilizzando questionario con domande a risposte multiple: in particolare la fascia d'età che maggiormente utilizza Internet per acquisire informazioni mediche è quella compresa tra i 45 ed 54 anni, percentuale che si riduce all'aumentare dell'età. È, quindi, possibile per chiunque utilizzi la rete ottenere informazioni in tema di salute e di malattia, ma questo non sembrerebbe aver fatto per nulla perdere alle persone il desiderio di interpellare per la propria salute il medico.

Recentemente l'Ordine dei Medici Francesi in collaborazione con Eurisko ha promosso una interessante indagine sull'uso di Internet da parte dei pazienti dimostrando che il medico resterebbe saldamente la fonte principale e più attendibile di informazioni per la salute, seguito da Internet, dai propri cari e dal farmacista. Il metodo scientifico non pone nella centralità del processo medico il paziente, ma piuttosto la malattia. Questo modello, denominato *Diseases Centred Medicine*, è stato messo profondamente in discussione durante gli ultimi cinquant'anni, nella consapevolezza che nel percorso clinico il sanitario debba porre attenzione non solo alla malattia, bensì prioritariamente al paziente, alle sue paure, alle sue aspettative, al suo vissuto. Il nucleo sul quale ruota la professione medica richiede una maggiore valorizzazione della relazione interpersonale e della capacità del medico di costruire una relazione empatica ed efficace con il paziente.

Durante gli stessi anni in cui nasceva e si sviluppava l'EBM divenne maggiormente manifesta la consapevolezza che la cosiddetta *Disease Centred Medicine* non lasciasse sufficiente spazio alla dimensione sociale, psicologica e comportamentale del paziente; altrettanto evidente la necessità di coniugare all'approccio squisitamente positivista una maggiore attenzione alla centralità del paziente, passando, quindi, da una *Diseases Centred Medicine* ad una *Patient Centred Medicine* ed in questo passaggio il rapporto con il paziente, l'ascolto della sua narrazione, il rispetto per il suo vissuto, le modalità di comunicazione e le parole assumono grande rilievo. Il paziente è, quindi, al centro del percorso, il rapporto

che con lui il medico crea si umanizza profondamente, e le parole riacquistano significato ed assumono un ruolo clinico.

In principio parole e magia erano una sola cosa, e perfino oggi le parole conservano molto del loro potere magico. Attraverso le parole ognuno di noi può dare a qualcun altro la massima felicità oppure portarlo alla totale disperazione; attraverso le parole l'insegnante trasmette la sua conoscenza agli studenti; attraverso le parole l'oratore trascina il pubblico e ne determina giudizi e decisioni. Le parole suscitano emozioni e sono il mezzo con cui generalmente influenziamo i nostri simili.

Difficile non concordare con queste affermazioni di Sigmund Freud, espresse nel suo libro *Introduzione alla Psicanalisi*, un volume che raccoglieva la riproduzione delle lezioni tenute da lui nei due semestri invernali 1915-16 e 1916-17 di fronte a un auditorio composto da medici e non medici e come con concordare con l'articolo "storico" di George L. Engel che nel 1977 lucidamente commentava i limiti di un approccio esclusivamente scientifico e biomedico alle malattie, sottolineando la necessità di un nuovo modello medico che coinvolgesse la sfera psicosociale del paziente. Elementi ben esposti nel quadro di *Scienza e Carità* quadro dipinto da Pablo Picasso a soli 16 anni (1897) ed esposto al Museo Picasso di Barcellona.



La comunicazione, l'ascolto, la narrazione, divengono tratti essenziali nel rapporto tra il medico ed il suo paziente e costituiscono un momento chiave del processo diagnostico-terapeutico. Non si tratta soltanto di tra-

smettere sostanziali informazioni al paziente ma di accompagnarlo lungo un percorso decisionale che può rivelarsi anche difficile ed associato ad un elevato grado di incertezza. Il paziente diviene non il soggetto che non protesta se viene ricevuto con trenta minuti di ritardo, ma torna ad identificarsi con la terminologia latina: il *patiens*, colui che soffre, colui che sopporta, colui che subisce ed il medico torna ad essere il *medeor*, colui che si prende cura, che provvede, che rimedia (Curi 2017). Una vera rivoluzione se consideriamo che il medico ferma il racconto del paziente dopo meno di mezzo minuto dall'inizio della descrizione dei sintomi e che, di norma, il racconto del paziente viene concluso dopo meno di due minuti dalle domande del medico, il quale pone spesso domande chiuse e nelle quali le potenzialità descrittive del paziente vengono ridotte (Langewitz *et al.* 2002). Medici che, peraltro sottostimano il desiderio di informazioni e di comunicazione che il paziente manifesta ed è a questo proposito interessante notare che buona parte delle 35.000 cause che annualmente vengono intentate nei confronti di medici italiani lo sono non tanto per negligenze professionali quanto per l'insoddisfazione per come il medico abbia gestito la prima visita del paziente (Lewinson *et al.* 1997). I pazienti coinvolti in una relazione collaborativa con il proprio medico raramente ricorrono a tribunali e normalmente presentano gradi di adesione alle terapie nettamente maggiori.

La visita che il medico effettua sul paziente non ha più solo l'obiettivo di raccogliere ed elaborare informazioni, ma anche di restituire informazioni al paziente creando nel contempo una relazione empatica. Una buona comunicazione potrà anche ridurre l'ansia e lo stress che spesso accompagnano il paziente durante la visita con il medico. È importante che il paziente possa narrare la propria storia esprimendo tutti i suoi dubbi ed i suoi pensieri. Il medico potrà fornire progressivamente, mentre il colloquio procede, ulteriori informazioni riducendo il rischio di incomprensione e rendendo il colloquio stesso un momento chiave nella creazione di un rapporto di collaborazione e fiducia. Il colloquio passa, quindi dall'orientamento alla malattia *to cure* all'orientamento alla relazione *to care*, al prendersi cura ed alla presa in carico.

È opportuno sottolineare che la maggiore attenzione posta alla sfera psicosociale del malato non vada interpretata come un momento di negazione del metodo scientifico, dell'analisi medica di tipo deduttivo-induttivo, e del basare la risposta medica sulle migliori prove disponibili ma più semplicemente come lo sforzo di coniugare questi indispensabili indirizzi con la costruzione di una relazione interpersonale efficace con il paziente. Il medico deve ricercare con il malato un rapporto autentico, positivo ed empatico. A tal fine è importante:

- accogliere il paziente chiamandolo per nome e presentandosi;
- invitare il paziente a raccontare la sua storia, i suoi sintomi le sue considerazioni, senza interromperlo e senza farsi distrarre durante questo racconto;
- porre domande aperte sui problemi emersi da questa fase del colloquio;
- considerare le emozioni del paziente;
- al termine del raccolto sintetizzare quanto il paziente abbia riferito.

Quando pensiamo alla comunicazione tra due persone facciamo normalmente riferimento alla comunicazione verbale. Ricordiamo che altrettanto importante nel nostro rapporto con il malato è la nostra comunicazione paraverbale, cioè il tono della nostra voce, la rapidità o meno del parlato ed ancora molto importante è il linguaggio del nostro corpo mentre parliamo cioè la comunicazione non verbale. Sottolineiamo ancora che il modello *patient centered* non rinuncia alla scientificità della medicina tradizionale basata sulla malattia, ma amplia gli scopi della visita medica indicando come irrinunciabile anche la capacità da parte del medico di porre la propria attenzione sul vissuto di malattia del paziente.

I learned a lot of things in medical school, but mortality wasn't one of them. Although I was given a dry, leathery corpse to dissect in my first term, that was solely a way to learn about human anatomy. Our textbooks had almost nothing on aging or frailty or dying. How the process unfolds, how people experience the end of their lives, and how it affects those around them seemed beside the point. The way we saw it, and the way our professors saw it, the purpose of medical schooling was to teach how to save lives, not how to tend to their demise... Yet within a few years, when I came to experience surgical training and practice, I encountered patients forced to confront the reality of decline and mortality, and it did not take long to realize how unready I was to help them.

Queste frasi sono tratte da *Being Mortal* l'ultimo libro di Atul Gawande (2016). Atul Gawande è un medico, docente della Harvard University School e chirurgo generale ed endocrinologico della Women's Hospital di Boston che ha nei suoi libri più volte sottolineato alcune criticità della medicina. In particolare la formazione del medico non prestava in passato la dovuta attenzione al rapporto con il paziente, alle modalità di scambio tra malato e dottore. In questi ultimi decenni le cose sono cambiate ed i giovani aspiranti medici vengono ora ampiamente esposti, durante il loro percorso formativo, alle tematiche della comunicazione, del *counseling*, di come dare cattive notizie. Ma le cose non stanno sempre così.

Lo scorso anno, lessi un articolo sulle *News* della BBC (2019) che mi lasciò esterefatto. Ernest Quintana, 78 anni, era ricoverato per una grave crisi respiratoria presso l'ospedale di Fremont (California). Un'infermie-



ra, dopo avergli esposto i risultati degli ultimi accertamenti ematochimici, anticipò al paziente, che era assolutamente vigile, ed a sua nipote, che l'assisteva, che da lì a poco sarebbero stati raggiunti da un medico che avrebbe discusso con lui della sua situazione. Si presentò, invece, al paziente, un robot collegato via Skype con il medico di guardia, che attraverso questo robot comunicò al signor Quintana che quello che gli restava erano solo pochi giorni di vita. Julianne Spangler, amica della figlia del signor Quintana, postò su Facebook un video estremamente esplicativo dell'evento.



I dirigenti dell'ospedale si scusarono per l'accaduto affermando che la *policy* dell'ospedale era che avrebbe dovuto esserci un'infermiera od un medico nella stanza durante il consulto remoto.

Concludendo, le basi del rapporto tra medico e paziente si sono oggettivamente modificate negli ultimi decenni. Un cambiamento in senso migliorativo perseguito grazie ad un maggior coinvolgimento del malato nel percorso clinico, alla maggiore consapevolezza del medico riguardo all'importanza di ricercare e strutturare con i propri pazienti un rapporto umano ed empatico, alla maggior disponibilità di informazioni. Una tendenza che in futuro si accentuerà stante l'importante visione della medicina moderna che vuole essere non solo predittiva, preventiva e personalizzata ma anche partecipativa (Flores *et al.* 2013).



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- BBC News. 2019. "Man Told He's Going to Die by Doctor on Video-Link Robot". *BBC News*, March 9. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-47510038>.
- Bernard, Claude. (1865) 1966. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*. Paris: Garnier - Flammarion.
- Calixte, Rose, *et al.* 2020. "Social and Demographic Patterns of Health-Related Internet Use among Adults in the United States: A Secondary Data Analysis of the Health Information National Trends Survey". *Res. Public Health* 17 (18, 6856). <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/18/6856>.
- Curi, Umberto. 2017. *Le parole della cura. Medicina e filosofia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Engel, George. 1977. "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine". *Science* 196 (4286, Apr. 8): 129-136.
- Ferriman, Annabel. 2007. "BMJ Readers Choose Sanitation as Greatest Medical Advance since 1840". *BMJ* 334 (7585, Jan. 20): 111.
- Flores, Mauricio, *et al.* 2013. "P4 Medicine: How Systems Medicine Will Transform the Healthcare Sector and Society". *Per Med.* 10 (6): 565-576.
- Gawande, Atul. 2016. *Being Mortal*. London: Profile Books Ltd.
- Hilliard, Marisa, *et al.* 2015. "The Emerging Diabetes Online Community". *Current Diabetes Reviews* 11 (4): 261-272.
- Istat. 2019. *Cittadini e ICT*. <https://www.istat.it/it/archivio/236920>.
- Langewitz, Wolf, *et al.* 2002. "Spontaneous Talking Time at Start of Consultation in Outpatient Clinic: Cohort Study". *BMJ* 325 (7366, Sep. 28): 682-683. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC126654/>.
- Levinson, Wendy, *et al.* 1997. "Physician-Patient Communication: The Relationship with Malpractice Claims among Primary Care Physicians and Surgeons". *Journal of American Medical Association* 277 (7, Feb. 19): 553-559.
- Muir Gray, John A. 1997. *Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*. London: Churchill Livingstone.
- Sackett, David L., W. Scott Richardson, *et al.* 1997. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. London: Churchill Livingstone.
- Silver, Laura, and Christine Huang. 2019. "Social Activities, Information Seeking on Subjects Like Health and Education Top the List of Mobile Activities". *Pew Research Center - Internet & Technology*, August 22. <https://www.pewresearch.org/Internet/2019/08/22/social-activities-information-seeking-on-subjects-like-health-and-education-top-the-list-of-mobile-activities/>.
- 13° Rapporto Meridiano Sanità. 2018. Roma: The European House - Ambrosetti.

