

# Benvenuto doctor web

Come tanti altri “mestieri”, anche la professione del medico, oggi, non è più la stessa che un laureato in medicina svolgeva mezzo secolo fa. Immense sono le riflessioni sul tema già dagli anni della rivoluzione industriale, basti ricordare che già nei più prossimi anni '50 del XX secolo, alle sensibili trasformazioni della professione e dell'organizzazione medico-assistenziale e ai dilemmi conseguenti, un grande filosofo, Karl Jaspers, aveva dedicato un libro, *Il medico nell'età della tecnica*, nel quale già si calava il sipario sul medico preistorico “di tipo sacerdotale, il medico ippocratico che cura razionalmente osservando con occhio imparziale il complesso dell'uomo e la sua situazione, il medico medievale aggrappato alle concezioni speculative derivanti dall'autorità”, nel tentativo di ridare centralità al rapporto tra chi cura e chi è curato (1). Una figura di medico è tramontata, ma forse non ne è emersa un'altra altrettanto definita e, allo stesso modo, sono entrate in un campo opinabile anche le definizioni di “malato-paziente”, di “atto medico”, di “malattia”.

Da Jaspers ai giorni nostri: nell'ottobre del 2009, durante il convegno *Pensare per la professione*, Ivan Cavicchi, tra i migliori sociologi dell'università italiana, ha stigmatizzato la situazione odierna del medico secondo quattro punti: la professione appare in difficoltà; è in atto un ri-pensamento regressivo che la professione subisce; la professione ha bisogno di un'analisi per comprendere i suoi problemi; serve un'idea evolutiva di professione. Nella stessa occasione Maurizio Benato, vice-presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, ha sottolineato la necessità di un nuovo punto di equilibrio tra le evidenze reali, l'esperienza del medico e le dinamiche nar-

rative del paziente fatte di storia, di cultura, di affetti, ma anche di tensioni derivate da difficoltà di tipo economico e sociale: “le certezze nell’ambito della dottrina, quelle che la scienza moderna aveva annunciato come assolute, sono continuamente rimesse in discussione e conseguentemente si acuiscono le tensioni tra medicina scientifica, prassi e culture non assimilate alla nostra. Permangono inoltre le incertezze della pratica medica, che si scontrano con le certezze reclamate dal paziente per la propria salute” (2).

Su un palcoscenico di incertezze rimane stabile la celebre definizione di salute così come espressa dall’Organizzazione mondiale della Salute nel 1948: “salute è uno stato di perfetto benessere fisico, mentale e sociale e non solo l’assenza di affezioni e malattie” (3), ma attorno a questa definizione si sono modificate le professioni, le dinamiche umane e organizzative, le responsabilità, i comportamenti. Cambia il medico radicalmente al punto da poterci chiedere se possiamo ritenere ancora vera l’affermazione di Max Weber per cui la professione medica – professione intellettuale per eccellenza – è “attività svolta regolarmente da persone appositamente qualificate, che rivendicano la legittimazione esclusiva a fornire un tipo di prestazioni in ragione di una preparazione specifica e pubblicamente riconosciuta” (4). Questa definizione non potrebbe forse andare bene anche per la professione infermieristica che, non a caso, negli ultimi anni sta mettendo in discussione tante parti di quell’atto medico che sino a ieri definiva l’operare del medico stesso e la sua posizione di preminenza nell’ambito della salute? E non è forse di Ivan Illich il tentativo di distruggere alla base la stessa funzione sociale del medico espressa in quella definizione, in quanto “minaccia stessa della salute della popolazione” (5)?

Del chi sia il medico oggi e di quali siano i suoi compiti si occupa da tempo la sociologia e anche la storiografia e non è un caso, per esempio, che tanti studi cerchino di comprendere le motivazioni di chi oggi aspira a diventare medico, confrontandole con quelle di mezzo secolo addietro. Motivazioni ormai così differenziate dal passato che per esempio in *Medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza* (6) distinguono i medici in professionisti sanitari “per

passione, per professione, per caso, per compassione, per vocazione, per calcolo”, esprimendo dati di una ricerca, svolta tra i medici di Torino, Ancona e Cosenza nei quali i medici per passione e per professione sono i più numerosi (tra il 25% e il 40%), ma dove un 9-13% di “medici per caso” è un indicatore interessante di una professione in cerca di identità, vocazione, scopo.

Permettiamoci in ogni caso di dar per acquisito che la professione è cambiata, tenendo conto qui non tanto delle nuove *technicalities*, delle nuove conoscenze, dei ritrovati farmacologici, dei rivoluzionari dispositivi medicali, dei nuovi metodi di indagine diagnostica, del rinnovamento delle strutture del SSN o della diffusione planetaria delle linee guida, ma soffermandoci su quel cambiamento che arriva dalla modifica stessa della definizione di paziente e di malattia nel suo rapporto con gli strumenti di comunicazione. Quel cambiamento che ben descrive Amedeo Bianco, presidente dal 2007 della Federazione degli Ordini dei Medici, quando dice che la malattia, “territorio indiscusso dei dottori, rappresenta in questo tempo, o meglio in questo nuovo secolo, un fenomeno multidimensionale in costante mutamento non solo per gli aspetti tecnico-scientifici, ma anche come prodotto dell’interazione delle esperienze soggettive delle persone ammalate e dei numerosi condizionamenti che la società nel suo complesso, per scelte economiche, politiche ed etiche, impone alle pratiche professionali e alle stesse possibilità di scelta dei cittadini” (7). La malattia come “fenomeno multidimensionale” prodotto di “differenti interazioni e condizionamenti” è il dato nuovo e importante. Cambia la malattia perché cambia il malato, ora non più “paziente”, ma “cliente” del servizio e in quanto tale autorizzato a giudicare il servizio (da cui le tante classifiche americane e inglesi dei medici, degli ospedali, dei servizi e dei centri di cura) anche in termini di forte negatività e conflittualità. L’analisi dei presupposti corretti dell’attività medica e dell’organizzazione sanitaria deve oggi muovere dalla centralità della persona assistita, “intesa non solo e non tanto come centralità di interessi, bensì come centralità decisionale nella misura in cui è il cittadino prima, e l’assistito poi, che organizza o contribuisce

sostanzialmente a organizzare l'attività del medico indirizzandone l'opera e organizzandone il dovere di operare in funzione delle proprie opportunità e della necessità di promuovere e garantire la tutela dei propri diritti" (8). E l'esser paziente (continuerei a definirlo così anche se sempre più spesso lo si definisce "cliente" in quanto fruitore commerciale di un servizio) a sua volta ha subito una profonda trasformazione perché in quel suo cammino di *empowerment* (definizione inafferrabile e debolmente tradotta con "potenziamento" o "arricchimento consapevole") fortemente voluto durante la conferenza internazionale di Alma-Ata dell'Oms, espressa nell'art.4 della dichiarazione omonima (9), il cittadino medio, sempre se ne esiste uno, si è trovato tali e tanti strumenti di conoscenza da essere diventato una figura imponente e a volte ingombrante agli occhi del medico stesso. L'antica asimmetria informativa, che stagliava il medico come un gigante sull'orizzonte del paziente, si va riequilibrando. E la comunicazione, invasiva, omnidirezionale, democraticamente richiesta e persino non richiesta, è l'elemento cardine del nuovo rapporto.

### **Comunicazione, sensazionalismo e caso Di Bella**

Cambia il medico. Cambia la malattia. Cambia il malato. Cambia la comunicazione che riguarda questi tre soggetti. Nell'*Health promotion glossary* dell'Oms (10), la definizione di "comunicazione della salute" comprende pienamente la nuova identità del paziente, offrendo una sintesi di due tappe fondamentali della programmazione internazionale, cioè la *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute* (1986) e la conferenza internazionale sulla promozione della salute di Jakarta, *New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century* (1997). Si legge nel *Glossary*:

La comunicazione della salute è una strategia chiave rivolta a informare il pubblico sui temi che riguardano la salute e sugli indirizzi centrali della salute nell'agenda delle istituzioni. L'uso dei media di massa e degli strumenti multimediali e delle altre innovazioni tecnologiche per disseminare utili informazioni sulla sa-

lute verso il pubblico, aumentano le risposte nei vari aspetti della salute pubblica e individuale, così come l'importanza dello sviluppo della sanità. La comunicazione della salute è rivolta a sostenere lo stato di salute degli individui e dei popoli. La maggior parte della moderna cultura è trasmessa dagli strumenti di comunicazione di massa e questo è un elemento con implicazioni positive e anche negative per la salute [...]. La comunicazione della salute comprende diversissime aree, tra cui l'*edutainment*, il giornalismo medico-scientifico, la comunicazione interpersonale, l'uso dei media, la comunicazione del rischio, la comunicazione sociale e il marketing sociale. Lo sviluppo dei media, specialmente nei settori multimediali e della nuova information technology, continua ad allargare le possibilità di accedere all'informazione sulla salute. A fronte di questo scenario, la comunicazione della salute diventa un elemento di importanza fondamentale per raggiungere un sempre maggior potenziamento delle conoscenze degli individui e delle comunità.

Il potenziamento delle conoscenze degli essere umani in ordine alle problematiche del proprio benessere e della propria salute: quando nel 1989 Tim Berners Lee dava il nome World Wide Web alla sua rete di informazioni archiviate e protette, sicuramente tra i tanti effetti a catena non immaginava ci fosse pure il contributo nella ridefinizione del rapporto che dai tempi di Ippocrate di Kos aveva definito il menage tra chi è malato e chi cura, tra chi attende un responso e chi lo pronuncia, tra chi prova a portare salute e chi la salute l'attende con ansia e fiducia. La vita di un medico alcuni decenni fa era più o meno regolata, come quella di un paziente o di un suo familiare. Studio, corsia, ambulatorio per l'uno; malessere, visita, esami, terapia, medicine, ospedale per l'altro. L'imprevedibilità, per un medico, era rappresentata dal paziente e dalla sua malattia, spesso singolare, sempre unica. Poi i media – prima di tutto quelli tradizionali, non importa se “freddi” o “caldi”, secondo la celebre distinzione di Marshall McLuhan (11) – hanno iniziato a incidere sulla cultura e sulla coscienza del pa-

ziente, anche per merito della diffusione di informazioni sulla salute che scoprono strumenti, diffusione e linguaggi completamente differenti che nel passato. Prendiamo la recente situazione italiana. Il decennio 1995-2005 – che è poi stato quello della crescita del web – è stato un germogliare di nuovi periodici ad alta diffusione dediti alla “promozione” della salute o del benessere. Sergio Manghi, sociologo dell’Università di Parma, ha censito i periodici proposti in questo decennio e ha registrato il passaggio da 12 testate a 41 testate mensili e settimanali, da *Men’s Health* a *Starbene*, da *Viversani* a *Ok la salute prima di tutto*, la maggior parte edite da grandi editori, capaci quindi di forte diffusione sul territorio. Il tutto è contemporaneamente causa e risultato di un duplice fenomeno: salute e benessere diventano un tema trainante, si diffondono notizie su farmaci, terapie, centri assistenziali, si crea aspettativa di nuove notizie, di pronti soccorsi efficientissimi, di molecole miracolose, di reparti perfetti e di medici taumaturghi. Ne consegue che il cittadino chiede sempre più salute e non è più – dice Manghi – un utente istituzionale, ma un “partner attivo nelle relazioni di cura, consumatore sul mercato del benessere, cliente nei riguardi dei professionisti sanitari vecchi e nuovi, portatore di diritti nei riguardi dell’arena politica, associato a gruppi di pazienti e portatore di interessi, navigatore e interlocutore di siti, pubblicazioni, format mediatici” (12). Su questo lettore-utente-cittadino inizia a incidere più che mai il sensazionalismo della salute, quello che gli americani definiscono “medical sensationalism in the press”, figlio del media-sensationalism, antico virus informativo di cui parlavano già nell’epoca simbolica della *yellow press* newyorkese (13).

Forse il più vasto test di come la comunicazione mediatica può influire sull’emozione generale è iniziato nel ’97, nei giorni in cui il metodo multiterapico (o multi trattamento) di Luigi Di Bella divenne la notizia principale di quotidiani e telegiornali. L’avvio di questa fase di informazione enfatica è del marzo ’97, quando il giudice Carlo Madaro, pretore di Maglie, dà ragione a un paziente che chiede che lo Stato italiano si faccia carico delle spese per la cura anticancro proposta da Di Bella, a base di somatostatina e vitamine. Per settimane e

settimane quotidiani e telegiornali riportavano notizie sulla possibilità di una terapia combinata come guaritrice di molti casi di tumore, alternativa alle abituali chemioterapie. Le speranze suscitate erano viste come dubbie dall'ufficialità della ricerca e del SSN, ma si intraprese comunque la strada di una sperimentazione a cui nessuno in realtà dava particolare credito, concessa più per richiesta della piazza che per altro. Ma i media battevano forte sulla notizia, con il risultato di accendere un'ondata di speranze, portando a code di migliaia di persone davanti allo studio del medico modenese e a una lunga, ma purtroppo inutile, sperimentazione (terminata il 12 novembre 1998). I titoli dei quotidiani erano decisamente forti e si andava da "Di Bella è un grande scienziato, incompreso come Pasteur e Galileo" (*il Giornale*, 8.1.98) a "Di Bella denuncia un complotto mondiale e dichiara di curare anche alzheimer e sclerosi multipla" (*Corriere della Sera*, 29.1.98), a "Flick contro il pretore di Di Bella" (*la Repubblica*, 2.8.98), e poco seguito avevano lettere come quella dell'ematologo romano Giuseppe Leone, che scrisse al direttore de *Il Tempo*: "Per affidarsi alle terapie del Prof. Di Bella ho visto pazienti rinunciare a terapie sicuramente valide. Malati che potevano essere curati e guariti sono morti o stanno per morire perché influenzati da cattivi consiglieri, cattivi medici, cattiva stampa. A queste persone vorrei che lei e i suoi giornalisti pensassero quando scrivono del Prof. Di Bella" (17.8.97).

Già in quei giorni di torride emozioni, le associazioni di malati erano forse il luogo di maggior "realismo" e prudenza informativa, come dimostrato dall'Associazione Malati di Cancro, l'Aimac, che sul proprio sito, in data 1 giugno 1998, pubblicava questa dichiarazione: "Aimac ha ricevuto negli ultimi tempi numerose richieste di informazioni sulla terapia del Prof. Di Bella [...]. Quando i risultati della sperimentazione della cura Di Bella saranno ufficializzati li forniremo attraverso questo sito Internet" (14). Il caso diventava ogni giorno più ampio, trascinando dibattito scientifico e controversie politiche, provocando scontri verbali e culturali non indifferenti, con Rosy Bindi che scriveva a Di Bella, mentre Veronesi e Dulbecco provavano a osservare con cautela gli eventi: "la situazione è veramente

delicata perché bisogna conciliare il bisogno di dare al paziente il massimo di terapie disponibili, anche nuovissime o inedite, assicurandoci però che siano efficaci per evitare che i pazienti lascino le terapie tradizionali” (15).

Fu in quei giorni che il giornalismo medico-scientifico italiano intuì che qualcosa di grave stava accadendo: il sensazionalismo sostituiva l'appropriatezza. Così il caso Di Bella suscitò, per fortuna, la reazione del giornalismo e della infocomunicazione scientifica: è *Il Sole 24 Ore* a dar vita il 28 gennaio del 1998 all'appello “Opinione pubblica e analfabetismo scientifico” (16), firmato da numerosi giornalisti scientifici (da Piero Angela a Roberto Satolli, da Viviano Domenici ad Adriana Bazzi), medici, docenti universitari, ricercatori.

Nell'appello si leggeva: “Il caso Di Bella ha mostrato che l'analfabetismo scientifico in Italia ha raggiunto livelli di guardia. [...] La scarsità di buona informazione scientifica ha lasciato spazio a nicchie che vengono prontamente occupate dalla pseudoscienza, dalla superstizione, dall'irrazionalità. [...] All'informazione si deve chiedere equilibrio, competenza, completezza, spirito di obiettività, specialmente quando essa tocca un argomento come il cancro, uno degli incubi della società moderna”. L'appello conteneva dieci proposte per un dialogo all'interno del mondo dell'informazione.

#### **Estratto dall'appello: Opinione pubblica e analfabetismo scientifico *Il Sole 24 Ore*, 28 gennaio 1998**

**Ecco alcuni dei punti di riflessione e dei principi sui quali si vuole aprire una discussione.**

1. Ogni informazione relativa a un problema scientifico deve chiaramente indicare gli elementi fattuali e le fonti cui si riferisce, favorendo al massimo la distinzione tra esistenza di dati e opinioni. L'informazione non deve confondere la scienza con la fede e le speranze con i fatti, essenza del giornalismo. E questo vale anche per gli opinionisti.
2. Il giornalista, non solo scientifico, deve “capire prima di scrivere” e acquisire strumenti di verifica. Spesso per mancanza di tempo, pigrizia, arroganza o altro si omette di approfondire. La qualità dell'informazione non va sacrificata alla “voglia di scoop” o essere usata per ali-

mentare emozioni e illusioni, quando il tema trattato riguarda la salute ed è in gioco la vita di esseri umani.

3. Va affidata a un giornalista esperto la stesura di un articolo che richiede competenze adeguate. In ambito scientifico si ritiene invece sia consentito opinare a ruota libera. A nessun direttore verrebbe mai in mente di affidare un articolo di alta finanza o di politica estera o di sport a un giornalista non esperto in quelle materie.
4. È dovere dei membri della comunità scientifica informare in modo costante e corretto i mass media. Così come spetta al medico, in prima persona, stabilire una comunicazione-informazione, che sia continua e comprensibile nel linguaggio, con il paziente.
5. La responsabilità di una cattiva informazione riguarda sia i giornalisti che scrivono, sia i direttori che decidono quale taglio e quali contenuti dare all'articolo, spesso più in base a scelte editoriali e ideologiche che non a un'effettiva conoscenza dei fatti.
6. Su temi delicati che alimentano speranze e aspettative sarebbe necessaria una discussione ampia e un confronto collegiale che attivi competenze anche diverse. Invece, lo spazio che viene dato all'interno dei giornali al dibattito delle idee e all'analisi dei fatti è spesso inesistente o esiguo.
7. Il diritto di cronaca non può esimersi dalla valutazione dei fatti, dalla documentazione raccolta e dal contesto in cui essi si svolgono. La stampa avrebbe più credibilità se ai "fenomeni" della sanità (e della malasanità) desse un'attenzione costante e propositiva e non si limitasse a intervenire sui casi clamorosi. Il giornalista scientifico deve saper uscire dagli steccati specialistici e affrontare i dilemmi morali e sociali posti dalla scienza contemporanea, superando i confini della mera notizia o scoperta.
8. Meglio puntare sui due cardini del pensiero scientifico: il senso critico (utile per discernere il vero dal falso e per non cedere alla tentazione di credere in ciò che si vorrebbe fosse vero) e la curiosità (che trova alimento nella ricerca scientifica), piuttosto che fare informazione spettacolo.
9. Dopo che il clamore si sarà attenuato e il "caso Di Bella" sgonfiato, la stampa ha il dovere morale di tenere aggiornati i lettori sui risultati e sugli sviluppi della sperimentazione e sul loro significato. Un conto è rendere disponibile un trattamento per placare ansie e polemiche, un altro è sperimentare seriamente efficacia e sicurezza di una terapia.
10. I direttori dei giornali devono impegnarsi sin da ora a fornire un'informazione corretta sulle diverse fasi della sperimentazione, senza strumentalizzare ciò che man mano emergerà, ma riportando i termini del problema alla realtà dei fatti, nel rispetto di quei principi democratici che devono ispirare il diritto dei cittadini all'informazione. Alla comunità scientifica, ai membri della Commissione oncologica, si chiede d'altra parte la trasparenza nella comunicazione dei risultati della sperimentazione in corso.

Il grido d'allarme dell'Appello poteva anche essere inteso come un "non toccate il nostro territorio" – come una certa cultura anti-establishment potrebbe fare e come per esempio ha fatto anche il filosofo Marco Mamone Capria, docente di Storia ed Epistemologia della Matematica e delle Scienze presso la SSIS dell'Università di Perugia: "Dietro l'apparenza di un severo richiamo ai canoni dell'evidenza scientifica, i firmatari stavano in realtà chiedendo ai lettori di sottomettersi a una particolare autorità nella valutazione di un insieme complicato di fatti scientifici, sociali, economici, politici. Ai lettori si chiedeva di credere a una certa versione di come stavano le cose (scientifiche e no), non certo di partecipare alla sua elaborazione, e meno che mai di verificare da sé: anzi, la possibilità che le 'manifestazioni di massa' in favore di sperimentazioni della cura Di Bella potessero avere un fondamento razionale veniva semplicemente ridicolizzata. Senza entrare nel merito della questione, ci limitiamo qui a ribadire che la vicenda presentava senza alcun dubbio importanti aspetti di natura politica ed economica sui quali il contribuente aveva il diritto di farsi un'opinione indipendente, senza fideismi a favore di nessuna categoria professionale" (17) –, esattamente quel serrate le file contro cui più tardi si scaglierà la filosofia del giornalismo libero e indipendente, il *citizen journalism* così di moda negli ultimi anni. Ma la libertà assoluta della professione giornalistica nulla può contro un'affermazione decisamente profetica dell'Appello: "Oggi, nonostante il gran parlare che si fa di scienza e la vicenda del professore modenese lo ha ben evidenziato, è diffuso nel nostro Paese un preoccupante analfabetismo scientifico che impedisce, a chi produce informazione e a chi legge, di discernere, di distinguere le opinioni fondate da quelle infondate, di decidere su argomenti che riguardano la salute e quindi il vivere. È come se mancasse una grammatica per saper leggere i fenomeni, per affrontarli con consapevolezza e interpretarli". Manca una grammatica: affermazione azzeccatissima. Fonti carenti, istituzioni impreparate, giornalisti che s'arrabattano con capi-redattori e direttori che "vogliono il titolo da strillare". Ovvio che la grammatica va a farsi benedire. E con essa anche la sintassi e il contenuto.

Il caso Di Bella tramontò sia dal punto di vista mediatico che scientifico – Luigi si è spento nel 2003; il figlio Giuseppe, stomatologo, mantiene viva, anche se in forme meno pubblicamente visibili, la ricerca del padre (18) – ma fu lì che i media generalisti testarono come non mai la propria influenza sulla costruzione di attese e illusioni concernenti l'ambito della salute, in un intreccio a volte dubbio tra informazione scientifica, dibattito politico, interessi industriali e messaggio emozionale, generando un naturale moto di preoccupazione da parte di chi di quell'informazione si riteneva espressione corretta, autorevole, affidabile. Chi garantisce il lettore? Il tema è antico, vale per chi scrive guide gastronomiche come per chi recensisce dischi e concerti, e quindi vale da sempre anche per chi scrive di salute, ma, dopo Di Bella, il tema della garanzia e dell'incidenza hanno assunto nuove dimensioni, soprattutto nella sfera emozionale.

Incidenza emozionale che in parte è stata testata in come i media hanno seguito e amplificato e/o controllato il flusso mediatico-emotivo e la preoccupazione verso i casi Bse-“mucca pazza” (in tutto il periodo in cui venne vietata l'esportazione della carne inglese: dal marzo 1996 al maggio 2006; la tensione era così viva che la Rai nell'indice contemporaneo dei suoi servizi che raccontano al meglio la storia del 2001 ha anche inserito tre servizi sull'emergenza mucca pazza (19), Sars (novembre 2002-maggio 2003) e H5N1-Aviaria (aprile 2005-gennaio 2006), casi che hanno portato a galla ovunque il tema della *comunicazione del rischio*. Nel nostro Paese su questa tematica si è mosso anche l'Istituto superiore di Sanità, entrando in uno stato d'allerta certificato dallo studio *Comunicare i rischi a lungo termine: una riflessione*:

Per una efficace Comunicazione del Rischio (CR) le informazioni da fornire al pubblico debbono essere chiare e comprensibili; bisognerebbe, innanzitutto, conoscere le esigenze dei destinatari in modo da calibrare le informazioni ed evitare inutili allarmismi che non producono consapevolezza, bensì servono solo a generare panico e a punire settori produttivi al

di là delle loro responsabilità [...]. Oltre a informare, il principale obiettivo della CR dovrebbe essere quello di spiegare, con chiarezza, il tipo e l'entità del rischio per meglio indirizzare le scelte dei consumatori [...]. La reazione dell'opinione pubblica facilmente prevale sulle reali valutazioni tecnico-scientifiche, quando si prendono decisioni destinate a dare attenzione (e risorse) a determinati problemi (20).

In fin dei conti anche il tema tutto italiano della “malasanità” ha goduto e gode di questa enfasi fatta di sensazionalismo, di rimestamento di corde popolari, di rabbia per il sistema non funzionante, di indignazione vissuta come valore sociale, di titoli da B-movie e da romanzo pulp. Sanità e salute toccano da vicino perché nulla come l'inefficienza di strutture e l'incompetenza di certi operatori smuove gli animi e le emozioni, così il titolo più violento vince. È il trionfo comunicativo dell'enfatico, spesso del becero. Un'incidenza comunicativa sul vissuto e sul percepito, quella vista in questi casi, comunque neppure lontanamente paragonabile a quella registrata (come vastità, profondità, picco e ricadute) con il caso A/H1N1, la cosiddetta “suina” (aprile 2009-giugno 2010), che è riuscita ad affermare *urbis et orbis* la possibilità da parte della comunicazione web e crossmediale, collaborativa e socialmente prodotta e gestita, di determinare l'opinione ben più e ben oltre quello che i media tradizionali, anche i più radicati e affermati, erano riusciti a fare in precedenza.

### **Signore e signori: il tele-dottore**

Sensazionalismo, fonti incerte, noncuranza epistemologica, alta emotività formale e sostanziale, diffusione sociale di temi comunicativi spacciati come nuovi valori: tutto questo aveva già iniziato a inserirsi nel vissuto dell'italiano-paziente. L'alleanza terapeutica, rimasta sostanzialmente salda per secoli, ha iniziato negli anni '80-'90 a registrare forti segnali di disturbo mediatico e la televisione è stata una delle forti “guastatrici” dell'alleanza tra medico e paziente. Me l'ha ricordato Aldo Pagni, celebre medico toscano fondatore della Società

italiana di Medicina generale e presidente della Federazione Nazionale dei Medici dal '97 al 2002. “È noto a tutti i medici di famiglia il fatto che dagli anni '80 in poi al lunedì un medico arrivava in studio e quasi per magia s'incolonnava in ambulatorio decine di malati più o meno immaginari: erano i tele-pazienti”. Perché al lunedì? Qualcuno si ricorderà che durante il week-end la Rai e le altre emittenti televisive proponevano (e propongono) una serie di trasmissioni dedicate alla salute: *Elisir*, *Tutto Benessere*, *Check-up* (21), *Più sani più belli*, *Medicina 33*, *Vivere Meglio*, *Tutto Benessere*, senza dimenticare anche gli “angoli della salute” dei vari contenitori come *Uno Mattina* e *Domenica In*. A condurle erano e sono ancor'oggi una serie di giornalisti e volti dotati di prestigio. Il pubblico di queste trasmissioni è per lo più composto di anziani, casalinghe, persone sole che ascoltano servizi, commenti di specialisti, testimonianze di pazienti aumentando il livello della propria ipocondria. “E così al lunedì i nostri ambulatori si riempivano di persone che esordivano con la frase leggendaria ‘ho sentito dire in tivù che...’ Iniziando poi a sciorinare un caos completo di sintomi, messaggi recepiti dallo schermo e confuse nozioni diagnostiche, chiedendo poi inevitabilmente cosa ne pensasse il medico”.

I tele-pazienti, figli del tele-dottore, sono stati (e in parte lo sono ancor oggi) un popolo interessante, frutto di incrocio genetico tra il mezzo più penetrante e radicato nella cultura diffusa e il tema più delicato e pressante per ogni strato sociale. Da anni il binomio salute-tv è al centro degli studi e delle ricerche sulla comunicazione in sanità in tutto il mondo; negli Usa esiste un programma specifico della Annenberg School for Communication, l'Health & Society Program, che monitora sia i contenuti dei programmi televisivi specifici che i messaggi d'ambito health nei programmi di intrattenimento e nei serial (22) e ancora oggi la sua pervasività è così alta che, riporta un recente dato Censis, il 42,9% degli italiani considera la televisione la prima fonte di informazione sulla salute, mentre solo il 25,8% degli italiani le cerca in giornali e riviste (23). Certo la comunicazione di valori e contenuti connessi alla salute attraverso la carta stampata ha da tempo ruoli e funzioni ben precise, ma è la televisione il media che a un certo punto

ha iniziato a incidere in modo nuovo e profondo sul rapporto tra medico e paziente, introducendo in modo ancor non sistematico il ricorso a una fonte nuova e alternativa, potente e convincente, di percezione di sé, di suggestione diagnostica e di analisi dei propri sintomi, veri o presunti, quando non addirittura immaginati, trasformando Michele Mirabella, Luciano Onder e Carlo Gargiulo nel miglior consulente di tanti italiani per una vita sana e per una prevenzione accurata. Eppure anche loro, i volti televisivi della salute, non sapevano che qualcuno li stava superando nel cuore e nella fiducia degli italiani...

### **Nello studio del dottor web: modelli conoscitivi a confronto**

“Onestamente devo dire che i pazienti del tele-dottore non avevano ancora il coraggioso ardire di arrivare in uno studio medico con un parere alternativo: il parere di chi può farsi una cultura propria sulla propria malattia”. È ancora Aldo Pagni ad aiutarmi con il suo racconto:

I giornali non hanno mai inciso così profondamente sulla coscienza della malattia. La tivù ha invece stimolato i cittadini in un modo diverso e – se mi posso permettere – inconsapevolmente consapevole. Finché, negli ultimi anni, è arrivato – appunto – il dottor web e qui la consapevolezza è diventata un elemento non evitabile. Ricordo una delle prime volte in cui mi è entrato in studio un suo paziente. Era un mio assistito, un uomo di mezza età che aveva un nodulino tumorale alla prostata. Lo specialista gli aveva detto “è un piccolo nodulo, vediamo con attenzione, seguiamo l’andamento e regoliamoci di conseguenza con estrema puntualità”. Insomma un bel giorno – sto parlando di alcuni anni fa – questo paziente mi arriva in ambulatorio e mi dice “dottore, ho scoperto su Internet che c’è la possibilità di effettuare un test che permette di stabilire se si deve operare o no: lei che ne pensa?” L’ho guardato piuttosto inquieto e gli ho risposto “onestamente non lo so: non so dove l’ha trovato, non so chi l’ha scritto, non so chi l’ha

pubblicato. Può darsi sia una bufala, può darsi di no". Era l'unica risposta onesta e seria che potessi dargli. Lì ho capito che stava accadendo un mutamento vasto e profondo.

Quanto vasto e quanto profondo? Interessante è scorrere il Sesto Rapporto Censis-Ucsi sulla comunicazione in Italia, pubblicato nell'ottobre del 2006. Il rapporto (che viene realizzato periodicamente con la collaborazione di Rai, Mediaset, Telecom e altri operatori nazionali) già allora identificava Internet come il media che offriva il massimo grado di affidabilità e autorevolezza nel percepito dell'utente dei media. La televisione, ovviamente, era (e rimane) il media di maggior penetrazione per tutti gli italiani, ma... "quando si passa a considerare il bisogno di ricevere informazioni utili, la televisione risulta ancora il mezzo più usato, ma la sua percentuale d'impiego scende, attestandosi al 64,1%. Internet sale fino al 35,8% (praticamente la totalità dei suoi utenti). Anche nel campo dell'accesso ai servizi utili Internet sovrasta gli altri mezzi, raggiungendo un 78,1% di massima soddisfazione che rappresenta un risultato dal quale tutti gli altri sono molto lontani" (24). Sarà perché della televisione ormai si conoscono vizi e virtù, interessi palesi e occulti, capacità mistificatorie e rappresentazioni ludiche, sarà perché le carenze del web non sono ancora di pubblico e generalizzato dominio, fatto sta che il grado estremo di soddisfazione, affidabilità, fiducia attribuiti alle informazioni reperite sulla rete è il dato più interessante ed è quello che ha spinto Salvini Leone a parlare di *menage a trois*, una constatazione che ormai è condivisa dai medici più attenti alle modificazioni sociali e comunicative del mondo dei pazienti, senza distinzione geografica.

Tra le voci che ho raccolto su questo tema c'è quella di Maria Pia Nonnis, chirurgo di Sassari, vicepresidente dell'Associazione italiana chirurghi ospedalieri: "È vero: quotidianamente mi arrivano pazienti con informazioni web sul loro problema di salute. I pazienti in molti casi conoscono già la patologia di cui sono affetti e non di rado conoscono sia le strategie diagnostiche terapeutiche più avanzate, che le strutture dove si possono effettuare già alla prima visita. Un paio di

esempi: recentemente ho avuto un ragazzo di 15 anni affetto da una cisti pilonidale sacrococcigea che mi ha descritto in dettaglio la tecnica chirurgica, le complicanze e la degenza post-operatoria da utilizzare per il suo problema. Un'altra paziente pretendeva una tecnica laparoscopica in anestesia locale perché aveva visto su web che da qualche parte veniva utilizzata". E quindi, carissima Nonnis, come si comporta il chirurgo? "Sempre più si trova a gestire un paziente che ha una mole smisurata di informazioni sul suo problema, di cui alcune vere e altre palesemente infondate, spesso confondendo le cure validate da quelle sperimentali e facendo così richieste specifiche, non sempre congrue. È chiaro che il medico non è più l'autorità indiscussa, depositaria della scienza medica così come è chiaro che il rapporto medico/paziente in era-Internet è totalmente cambiato." Che l'alleanza terapeutica sia modificata, potremmo darlo per acquisito. Ma è un bene o un male? Sensibilissimo osservatore dell'ambiente medico e redattore di *Corriere Medico*, Mauro Miserendino è uno dei giornalisti che con attenzione segue l'evolversi del rapporto tra medici e pazienti. È lui che suggerisce che "da qualche anno Internet ci parla di noi, della nostra salute. E la possibilità per tutti noi di fruire di informazioni che non abbiamo appreso dal nostro medico ha contribuito a far scendere quest'ultimo di qualche gradino dal piedistallo – di luminare – che gli spettava di diritto per competenze e istruzione. Siamo un po' sullo stesso piano, mentre prima non era così. E il medico non a caso denuncia che i suoi pazienti vengono a sapere certe cose prima di lui. È un bene? Sì, se queste 'cose' sono servizi utili, meno se sono contenuti medici di fonte non verificata". Cosa introduce il web? Banalmente potremmo dire che apporta un elemento di disturbo in una relazione pseudo-statica, ma anche un dato incontrovertibile di *counseling* che permette al paziente (o a un suo familiare, come spesso accade) di chiedere più o meno implicitamente al medico di ripensare al suo ruolo e agli strumenti a sua disposizione. Le informazioni in gioco non sono più unilaterali e apprese accademicamente o in corsia, perché alla formazione medica il paziente oppone nozioni trovate in ufficio in una pausa di lavoro, oppure alla

sera, tra uno sguardo a *La Gazzetta dello Sport* on-line e le ultime notizie sugli Oscar del Cinema, tra Mourinho e Megan Fox, Bersani e Berlusconi, le quotazioni della Telecom e una puntata al Poker Texas Hold'Em (che negli ultimi due anni sembra essere diventata una via tutta italiana al gioco). L'epistemologia è chiamata in causa. Tutto da dimostrare che siano informazioni attendibili, ma questo aspetto in questo momento ci interessa poco, perché, ricorda Aldo Pagni:

... quel che conta ora è che il rapporto tra medico e paziente non è più quello vetero-paternalistico, perché oggi si confrontano due modelli di conoscenza: quello clinico e quello profano del paziente, che viene dall'esperienza sua personale, dalla famiglia e dagli amici, da quello che ha letto e trovato, da ciò che l'ha convinto o gli ha dato speranza. Questo secondo modello può portare a situazioni abnormi, perché sappiamo che già conduce a volte all'autodiagnosi, che in realtà è segno di un'autorevolezza medica dispersa e che dovrebbe essere ritrovata nel confronto con il paziente sull'utilità delle cose.

Occorre quindi domandarsi se esista la possibilità di una nuova autorevolezza e su cosa questa stessa si fondi, ma tenterò di farlo più avanti nel corso di questa indagine.

## **Platone, Ippocrate e il nuovo oracolo digitale**

Per Platone il medico libero curava i liberi e “nella misura in cui gli è possibile, istruisce lo stesso malato e non adotta prescrizioni prima di averlo indotto a condividere, entro un certo grado, il suo punto di vista. Solo allora cerca di portare a guarigione con uno sforzo incessante il malato, reso docile con la forza del convincimento” (25). Né Platone né Ippocrate pensavano che al paziente sarebbe arrivato un bel giorno un oracolo divino, un semidio chiamato web, in grado di scombinare quel dialogo, di incrinare il convincimento, di sussurrare nuovi punti di vista. Non importa poi se l'oracolo è in grado di portare sempre notizie affidabili oppure, come nel più classico gioco dei

nascondimenti della cultura greca, dentro alla notizia c'è il trucco. Quel che conta è che il medico sappia cosa fare, come comportarsi e, se possibile, utilizzare il semidio a proprio vantaggio. Riuscirà a farcela? La persona “comune”, il navigatore tipo (ammesso che esista), quello dal comportamento standard, se deve effettuare una ricerca su sintomi o malattie, cosa fa? Chiede aiuto a Google, nuovo messaggero divino e ottiene lumi. Ma io medico posso fare altrettanto? Google è il mio nuovo *Manuale di anatomia*? Come si comporta il medico italiano nell'era digitale per fare il suo mestiere in scienza, coscienza e con l'aiuto degli strumenti web (sempre sperando che il dio della Banda Larga non lo abbandoni)?

## Note

- 1 - Karl Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986, p. 55.
- 2 - Ivan Cavicchi, Maurizio Benato, *La Professione*, vol. 3, FNOMCeO, Roma, 2010, pp. 32, 28.
- 3 - I documenti ufficiali sulla definizione di Salute: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- 4 - Max Weber, *Il lavoro intellettuale come professione*, Einaudi, Torino, 1994, p. 141.
- 5 - Ivan Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano, 2004, p. 30.
- 6 - Lorenzo Speranza, Willem Tousijn, Giovanna Vicarelli, *Medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna, 2008.
- 7 - AA.VV., *Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici*, FNOMCeO, Roma, 2010, p. 5.
- 8 - Gian Aristide Norelli, Il dovere di curare, in *Guida all'esercizio professionale per i medici e gli odontoiatri*, CGEMS, Torino, 2006, pp. 3-11.
- 9 - L'articolo 4 così recita: "Le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno", Alma Ata, 6-12 settembre 1978; la dichiarazione nella sua interezza: [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).
- 10 - *Health promotion glossary*, Who edition, Ginevra, 1998.
- 11 - Marshall McLuhan, *Gli strumenti del comunicare*, Il Saggiatore, Milano, 1987, p. 31.
- 12 - Marco Ingrosso, Mirco Peccenini, L'evoluzione dei periodici del benessere fra mercato e servizio, *Salute e Società*, Franco Angeli, 2007, pp. 80-88.
- 13 - Le battaglie sensazionalistiche tra *World* e il *Journal* e i loro editori, Joseph Pulitzer e William Hearst, animarono per qualche decennio la politica e l'informazione a New York e sono argomento di studio di ogni serio corso di giornalismo; note storiche sul *yellow journalism* al sito dell'Enciclopedia Britannica: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/652632/yellow-journalism>.
- 14 - La dichiarazione completa è ancor oggi pubblicata sul sito [www.aimac.it](http://www.aimac.it): "Aimac ha ricevuto negli ultimi tempi numerose richieste di informazioni sulla terapia del Prof. Di Bella. A prendere contatto con noi sono state sia associazioni di malati di cancro che operano in altri Paesi sia singoli utenti della rete Internet. Molti infine hanno scritto o telefonato presso la nostra sede di Roma. Aimac si avvale della esperienza maturata in questi anni dall'associazione inglese Cancer BackUp cui è collegata. Regola costante di Cancer BackUp, seguita anche nella pubblicazione degli opuscoli di informazione, è quella di informare solo sulle terapie validate da sperimentazioni controllate su migliaia di pazienti, pubblicate su riviste internazionali. Poiché gli opuscoli finora pubblicati si attengono al rispetto di questa linea editoriale Aimac non è in grado di fornire informazioni sulla terapia del Prof. Di Bella la cui sperimentazione è appena agli inizi, soltanto in Italia. Quando i risultati della sperimentazione della cura Di Bella saranno ufficializzati li forniremo attraverso questo sito Internet". Nel frattempo la Cancer BackUp è poi confluita nella MacMillan Cancer Support Community, la più vasta rete britannica di supporto per malati oncologici; sito web: [www.macmillan.org.uk](http://www.macmillan.org.uk).
- 15 - Dichiarazione di Umberto Veronesi a *la Repubblica*, 12.01.1998.
- 16 - L'appello viene ripreso l'11 febbraio anche da *Tempo Medico* sotto forma di *Manifesto per l'informazione*, come riportato in Davide Rossi, *La salute informata*, Luigi Pellegrini Editore, Cosenza, 1999, p. 15.

17 - *Bollettino della Società Filosofica Italiana*, n. 171, 2000, pp. 32-51.

18 - Passato, presente e futuro del metodo al sito: [www.metododibella.org](http://www.metododibella.org).

19 - Si veda il sito: <http://www.rai.tv/dl/RaiTV/programmi/media/ContentItem-5272d020-21bf-41f1-a2d4-256656b62371.html>.

20 - Francesca Baldi e Alberto Mantovani, *Comunicare i rischi a lungo termine: una riflessione*, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 2001.

21 - La più celebre delle trasmissioni televisive sulla salute, *Check-up*, nasce il 17 dicembre del 1977. Racconta Eolo Parodi nel suo libro intervista: “Biagio Agnes aveva creato, discutendone con me, *Check-up*. Anche da quel pulpito sparavo. I tempi d'altra parte, non mi aiutavano molto. Per me è storia: 1977, diciassette dicembre, ore 12.30. Fui ospite della prima trasmissione. Un grande successo. Ne parlarono tutti. Avevamo portato la medicina seria nelle case degli italiani: problemi, speranze, certezze” (Giuliano Crisalli, *Eolo Parodi, Vita da medico*, Redazione, Genova, 2007, p. 75).

22 - Fa parte della Southern California University di Los Angeles; <http://annenbergl.usc.edu/home.aspx>.

23 - Ricerca Censis 2010.

24 - *VI Rapporto Censis-Ucsi*, Censis, 2006, pp. 10-11.

25 - Platone, *Le Leggi*, BUR, Milano, 2005, pp. 876-878.