

La centralità del dialogo per ripensare il rapporto medico-paziente

Corrado Viafora

Al tempo dell'emancipazione del paziente

C'è un fenomeno che per tanti versi si colloca all'origine stessa della Bioetica e che comunque costituisce un fattore discriminante nell'evoluzione del rapporto medico-paziente: è quello che Diego Gracia, una tra le più autorevoli voci della bioetica europea, con un evidente riferimento all'interpretazione della modernità data da Kant, chiama "emancipazione del paziente"¹. L'espressione indica bene la presa di distanza dal tradizionale paternalismo medico e la rivendicazione anche nel campo sanitario di rapporti più alla pari. Senza mettere in questione le acquisizioni connesse con l'inserimento delle relazioni in ambito sanitario all'interno del processo di emancipazione che marca la modernità, non si può non evidenziare il connotato di ambivalenza che questo fenomeno comporta. Si tratta di un processo che può certo rendere la relazione medico-paziente più adulta, ma allo stesso tempo può renderla più conflittuale, più litigiosa

e di conseguenza più burocrattizzata. Da qui la problematica specificamente etica: quali sono le condizioni per sviluppare in positivo questo processo, favorendo la costruzione di relazioni di cura più mature e di conseguenza terapeuticamente più efficaci? Convinto che tali condizioni abbiano a che fare con il più ampio contesto culturale entro cui il rapporto medico-paziente si colloca, vorrei analizzare due tra i fattori che sono destinati a incidere sempre più sull'evoluzione del rapporto medico-paziente, per concludere che i problemi che ognuno di essi pone possono essere adeguatamente affrontati solo se si mette al centro il dialogo.

Salute e Medicina: reciproche seduzioni nel rapporto medico-paziente?

L'onnipresente preoccupazione per la salute è il fattore che in maniera sempre più evidente connota l'attuale atteggiamento verso la salute e la malattia. È quanto rileva l'antropologo francese François Laplantine a conclusione della sua ricerca sui diversi modi in cui uomini e donne delle nostre società si rappresentano salute e malattia². Ciò che ci caratterizza oggi,

Gruppo di ricerca Filosofia morale e bioetica, Dipartimento di Medicina Molecolare, Università degli Studi di Padova, corrado.viafora@unipd.it



secondo Laplantine, non è tanto la ricerca della sicurezza. Questa ricerca non è più intensa oggi che un tempo, in qualsiasi altro luogo. La novità consiste piuttosto nella forma sanitaria che essa oggi ha assunto. Espressione di questo fenomeno è l'ossessiva preoccupazione per la salute, considerata talmente importante da trasformarsi in obiettivo, fine e valore dell'esistenza. Come valutare questa attitudine nei confronti della salute? Due ambiguità ritengo vadano segnalate, per il rilevante impatto che hanno sul rapporto medico-paziente. La prima: salute o felicità? L'ambiguità nasce per il fatto che in questa nuova cultura della salute il bene salute non corrisponde più semplicemente all'assenza di malattia, ma tende invece a identificarsi con uno stato di completo benessere, sinonimo in sostanza di felicità. Ma per quanto valido sia il tentativo di mirare a un concetto globale di salute, è giusto identificare la salute con la felicità? È possibile? Merito indubbio di questa nuova cultura della salute è il fatto che nel concetto di salute si include sia la componente fisica che quella psichica e so-

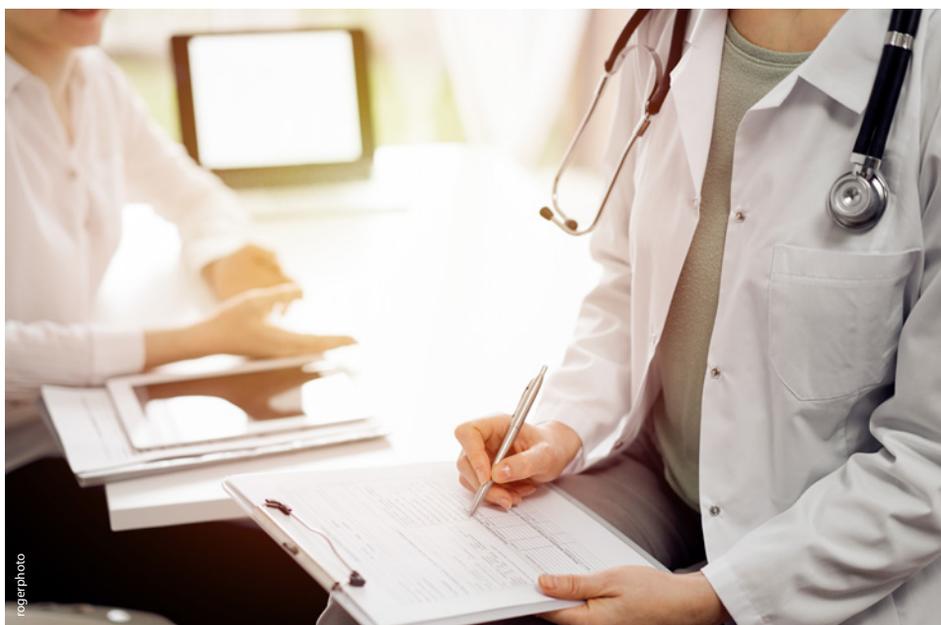
ciale. Questo ampliamento comporta certo un approccio olistico in grado meglio di altri approcci di comprendere l'esperienza umana della salute, e tuttavia resta aperta la questione di determinare quali aspetti della salute siano strettamente medici. Se, infatti scopo della Medicina è realizzare il nostro "completo benessere", non ci si mette in condizioni di chiedere troppo alla Medicina? Non si corre il rischio di esporre il rapporto medico-paziente a un'inevitabile frustrazione? La seconda ambiguità da chiarire: è la Medicina che tende a gestire in termini totalizzanti i bisogni di salute degli individui o sono gli individui a delegare la gestione dei loro bisogni di salute all'istituzione medica? L'interrogativo rimanda alle tesi di Ivan Illich, fermo sostenitore della prima tesi. Per Illich è la Medicina che tende ad appropriarsi della salute degli individui, espropriandoli per un verso delle capacità potenziali di far fronte ai propri bisogni di salute e "seducendoli" dall'altro con la spiegazione scientifica della malattia³. Al di là del tono provocatorio di questa tesi, c'è in essa un aspetto che

merita di essere attentamente valutato. È il forte richiamo a considerare la salute come compito da assumere personalmente più che aspettarsela dal medico e dai farmaci. E tuttavia è proprio la considerazione di questo aspetto che rende evidente il superamento delle sue tesi, dal momento che si deve prendere atto che le resistenze a intendere la salute come un compito affidato innanzitutto alla responsabilità personale non vengono solo dai medici. La resistenza dei medici è solo una parte di verità. L'altra parte di verità è che sono i pazienti stessi ad andare dal medico semplicemente per liberarsi dal sintomo⁴. Se è vero che la riluttanza a integrare la dimensione personale nel rapporto clinico ha indebolito, secondo alcuni, la mano guaritrice del medico, bisogna anche riconoscere che l'impersonalità diventa sempre più "seducente" anche per il paziente, nella misura in cui un rapporto terapeutico personale che inviti ad "appropriarsi" della malattia comporta un insostenibile confronto con propri stili di vita ammalanti.

Il rapporto medico-paziente di fronte alla crescente richiesta di giustificazione etica delle scelte cliniche

Un ulteriore fattore che incide in maniera rilevante sull'evoluzione del rapporto medico-paziente è dato dall'ampliamento delle potenzialità della Medicina. Finché le potenzialità a disposizione della Medicina erano limitate, la giustificazione delle scelte non comportava un particolare impegno. Esso invece assume un ruolo sempre più importante nel momento in cui, ampliandosi le potenzialità tecniche della Medicina, si richiede sistematicamente di valutare se un determinato trattamento sia giusto attivarlo o se sia più giusto astenersene; se sia giusto interromperlo una volta

avviato o se sia più giusto continuarlo. Tradizionalmente la convinzione dominante nel mondo medico era che a fare si facesse sempre bene e che a esigere una dovuta giustificazione fosse solo il non fare: astenersi o interrompere un trattamento. Non è più così. L'ampliamento delle potenzialità tecniche della Medicina chiede che si giustifichi non solo la scelta di astenersi o interrompere un determinato trattamento, ma che con lo stesso impegno si giustifichi la scelta di attivarlo o continuarlo. Fosse pure un trattamento di sostegno vitale, qualora il suo impiego comporti per una persona costi moralmente inaccettabili. L'esigenza di giustificazione del giudizio clinico si "radicalizza"⁵. Quello che di fronte a questa radicalizzazione si richiede è che si passi da un'attitudine "direttiva", frequente in campo sanitario, a un'attitudine "argomentativa", l'attitudine richiesta quando si tratta di scelte di natura propriamente etica. Un superamento non facile, a causa della persistenza in questo campo di radicate strategie di neutralizzazione dell'argomentazione: da una parte, quella legata alla struttura gerarchica della relazione, tipica del contesto sanitario; dall'altra, quella legata alla tendenza a proteggere la coesione, molto forte all'interno dei "gruppi di esperti". In un modello di relazione dove la struttura gerarchica è particolarmente sentita, tende ad affermarsi un'attitudine direttiva. In molti casi, tale attitudine ha certo le sue ragioni, per la rilevanza che hanno specifiche competenze legate a certi ruoli; tuttavia, essa deve lasciare il posto a un'attitudine argomentativa quando le questioni che si affrontano sono di natura etica. Una deliberazione che voglia definirsi etica deve inoltre mirare a un confronto serrato tra gli argomenti, non al consenso a tutti i costi. La coesione interna al gruppo non



può essere valorizzata al punto da evitare un esame approfondito degli argomenti a confronto. Per quanto radicate possano essere queste e altre strategie di neutralizzazione, l'argomentazione è però ineludibile. Inoltre, contrariamente a quello che molti professionisti sanitari possono pensare, eluderla sarebbe controproducente anche dal punto di vista etico-professionale. Far fronte alla crescente richiesta di giustificazione sia nel rapporto medico-paziente sia più in generale nel rapporto tra Medicina e società è un impegno a cui non ci si può sottrarre.

La centralità del dialogo per far fronte ai problemi posti dall'evoluzione del rapporto medico-paziente

Per quanto sintetica, la presentazione di questi fenomeni destinati a incidere sempre più in profondità sulla qualità del rapporto medico-paziente fa emergere chiaramente la consapevolezza che i problemi che ciascuno di essi pone possono

essere adeguatamente affrontati solo se si mette al centro il dialogo. È l'idea che all'interno dell'attuale dibattito bioetico è sostenuta da chi cerca una concettualizzazione del rapporto medico-paziente che vada da una parte oltre la riproposizione del tradizionale modello paternalistico e, dall'altra, oltre la proposta di chi riduce tale rapporto a mera prestazione tecnica, nel totale disimpegno dal coinvolgimento personale. Esempio al riguardo è l'approccio proposto da Ezekiel J. Emanuel e Linda L. Emanuel⁵. Tale approccio è esplicitamente indirizzato a superare i limiti sia del modello paternalistico, che del modello (puramente) informativo, attraverso una duplice direzione: quella indicata da un modello "interpretativo" (*interpretive model*) e quella indicata da un modello "deliberativo" (*deliberative model*). Se la soggettività morale del paziente – la cui rivendicazione è alla base del fenomeno dell'emancipazione – è disattesa dalla tradizionale relazione paternalistica, bisogna

però dire che non lo è meno da ogni approccio contrattualistico che sia centrato esclusivamente sulla prestazione, nel totale disimpegno dalla relazione. Il primo modello si basa sul presupposto che la malattia mini seriamente la capacità decisionale del paziente e che perciò sia il medico a doversi prendere la responsabilità di decidere; il secondo, basandosi sul presupposto che il paziente abbia chiari quali siano i suoi valori e come applicarli alla situazione clinica in cui si trova, chiede al medico di limitarsi a fornire tutte le informazioni su diagnosi, prognosi e trattamenti possibili, per lasciare poi il paziente a decidere per suo conto sulla base dei propri valori. Si tratta di una rappresentazione della dinamica relazionale a prima vista del tutto lineare. E tuttavia l'esperienza dimostra che non è vero che i valori del paziente gli siano sempre così chiari e che gli sia sempre facile stabilire che cosa questi suoi valori richiedano in una situazione clinica particolare. Da qui il compito che questo modello attribuisce al medico di aiutare a chiarire i valori del paziente e a interpretarli in una determinata situazione clinica. Rispetto a questo modello "interpretativo" un ulteriore passo si realizza nel modello "deliberativo". Questo modello si basa sul presupposto che i valori del paziente non debbano solo essere interpretati, ma che debbano anche essere discussi. Scopo dell'interazione medico-paziente, in questo modello, è di aiutare il paziente a determinare e a scegliere i migliori valori di ordine medico che si possono realizzare nella particolare situazione clinica del paziente. Il medico riconosce che ci sono altri valori di ordine non medico che il paziente può ritenere più importanti di quelli su cui si concentra il medico. Medico e paziente discutono tra loro sul significato di questi valori. Il medico non

soltanto indica quello che il paziente può fare, ma anche quello che dovrebbe fare sulla base dei valori in discussione. Il medico incoraggia il paziente a seguire la scelta migliore facendo opera di persuasione. A differenza, però, del modello paternalistico, quello che si dovrebbe fare diventa chiaro attraverso il dialogo.

Concludendo. Per le risorse che lascia intravedere, ritengo che questo modello possa fornire il quadro entro cui affrontare adeguatamente i problemi che i fenomeni analizzati pongono al rapporto medico-paziente. Quello che c'è di più convincente nella logica di questo modello è il fatto che, sia l'informazione, sia il consenso vengano situati all'interno di quello specifico dialogo che caratterizza l'interazione tra agenti morali: il dialogo ispirato alla logica del dar conto delle proprie scelte. È la logica di cui si nutre un rapporto medico-paziente che intenda ispirarsi a un autentico rispetto⁶.

Bibliografia

- 1) GRACIA D. *History of Medical Ethics*. In: TEN HAVE H, GORDIJN B. *Bioethics in a European perspective*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001.
- 2) LAPLANTINE F. *Antropologia della malattia*. Firenze: Sansoni editore, 1988.
- 3) ILLICH I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1976.
- 4) SHORTER E. *La tormentata storia del rapporto medico paziente*. Milano: Feltrinelli, 1996.
- 5) EMANUEL E, EMANUEL L. *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA 1992;267:2221-6.
- 6) VIAFORA C. *La cura e il rispetto. Il senso della bioetica clinica*. Milano: FrancoAngeli, 2023.