

La relazione medico-paziente

Maria Luisa Di Pietro

1. La relazione medico-paziente: cambiamento e/o evoluzione?

Un discorso sulla relazione medico-paziente non può prescindere dall'analisi dei cambiamenti a cui essa è andata incontro nel corso del tempo. Si tratta di un cambiamento che non sempre ha portato ad una evoluzione della suddetta relazione: vi sono, infatti, segnali evidenti di una sua progressiva involuzione e degenerazione¹.

Da un punto di vista cronologico, il primo modello di relazione medico-paziente a cui si fa riferimento è quello improntato al "principio di beneficalità" per cui è il medico a stabilire cosa è bene per il paziente (*modello ippocratico o paternalista*). Con un limite: la mancata definizione del concetto di "bene", dal momento che molteplici possono essere i fattori – anche non biomedici – che possono concorrere a determinarlo.

Alcune vicende medico-legali e giuridiche e un diverso orientamento verso l'affermazione dei diritti civili (diritto alla salute e all'informazione, diritto di non essere sottoposti a sperimentazioni senza consenso, ecc.) hanno portato alla trasformazione della relazione medico-paziente, senza – però – il venire meno di un atteggiamento paternalista in quelle condizioni patologiche nelle quali il paziente non era in grado di esprimere la propria volontà. Si è venuto così ad affermare un modello centrato sull'autonomia del paziente e fondato sul rispetto delle opzioni personali, delle preferenze e della libertà di scelta del soggetto. Questi deve essere – ovviamente – in grado di intendere e volere, di acquisire informazioni e di agire in modo coerente. In questo contesto l'informazione ha la sola finalità di mettere il paziente nelle condizioni di fare le proprie scelte anche qualora queste non fossero ragionevoli in base alla condizione clinica. D'altra parte, è il rischio che si corre nel momento in cui si arriva a considerare

¹ E.J. Emanuel - L.L. Emanuel, *Four models of the physician patient relationship*, in «Journal of American Medical Association», 267 (16/1992), pp. 2221-2226.

“bene” solo quello che il paziente pensa sia bene per sé e si ritiene che nessun altro possa identificare il bene se non quel paziente.

Infatti, se l'esercizio dell'autonomia ha ragione d'essere nella gestione della malattia e nella personalizzazione delle terapie, esso non può però essere utilizzato per giustificare scelte in conflitto con il miglior interesse del paziente e con il dovere di garanzia del medico. In questo modo si correrebbe, tra l'altro, il rischio di distruggere sia l'intima essenza della professione medica (assistere e curare) sia il rapporto fiduciale medico/paziente. Mettere in discussione una visione meramente soggettiva del bene non è, però, in contraddizione rispetto a quanto detto prima. Infatti, anche se è vero che nel definire il bene del paziente concorrono elementi sia soggettivi sia biomedici, è altrettanto vero che queste due dimensioni devono essere rispettate nella loro totalità ed equilibrio senza che una prevalga sull'altra.

L'exasperazione del modello medico-paziente basato sul principio di autonomia ha portato, poi, al delinearsi di un terzo modello in cui tale relazione si prospetta come meramente contrattuale: da una parte vi è il prestatore d'opera qualificato (il medico); dall'altra vi è il richiedente (il paziente). L'atto medico diviene così una prestazione d'opera, che deve rispondere alle richieste del paziente e deve essere adeguata sul piano tecnico-scientifico. La relazione medico-paziente perde così uno dei suoi elementi fondanti: la fiducia. Con un duplice rischio: che il paziente possa pretendere informazioni dal medico non per decidere sulla propria salute ma solo per stipulare contratti assicurativi sicuri; che il medico dia informazioni anche ridondanti con l'unico scopo di mettersi al sicuro da eventuali conseguenze legali. Fino alla degenerazione ultima: la cosiddetta “medicina difensiva”.

Molteplici i limiti e gli elementi di conflitto in questi tre modelli di relazione medico-paziente: il modello dell'autonomia non pone sufficiente attenzione all'impatto della malattia sull'autonomia del paziente; il modello paternalista ha un carattere eccessivamente autoritario; il modello contrattualista è inadeguato alla disparità di condizioni fra medico e paziente. Quale modalità di relazione medico-paziente può, allora, meglio rispondere al nucleo più intimo della professione medica?

2. La beneficialità nella fiducia

A fronte del modificarsi della relazione medico-paziente e del contesto socio-economico, si rende – forse – necessaria una nuova medicina? In altre parole, gli obiettivi della medicina sono determinati dai bisogni e dalle priorità proprie di un contesto socio-culturale (approccio descrittivista) o sono stabiliti una volta per tutte a prescindere dal tempo e dal luogo in cui l'esercizio della medicina si situa (approccio essenzialista)?

A chi sostiene che la medicina sia frutto di una “costruzione sociale” e che natura e fini della medicina si modifichino insieme alla società in cui essa sorge, si contrappone chi sostiene una visione sostanzialista della medicina².

Secondo l'approccio descrittivista, i fini propri della medicina sono definiti solo in base ai valori promossi in una determinata società e alla percezione della realtà in essa presenti. Salute, malattia, cura, relazione medico-paziente appaiono fortemente condizionati dal contesto storico e culturale: non vi è, dunque, una natura propria che qualifica e informa l'attività medica ma i suoi fini sono stabiliti di volta in volta e possono quindi cambiare. Secondo l'approccio essenzialista vi sono, invece, nella medicina alcune costanti universali – soprattutto di natura etico-antropologica – che definiscono la specificità della medicina e ne indicano contenuti e finalità. È questo “nucleo” essenziale che si fa poi storia in determinate epoche e società senza che i valori siano messi in discussione. Quale è il “nucleo essenziale” della medicina?

Per E.D. Pellegrino, la medicina ha una sua natura fondamentale e conoscibile che la caratterizza e la distingue da altre attività umane: dalla comprensione di tale natura della medicina è possibile far poi derivare una serie di aspettative morali attribuibili ai medici³.

Il punto di partenza per l'individuazione di un “nucleo” essenziale è – secondo Pellegrino – la descrizione della prassi medica scandita da tre momenti: il fatto della malattia; l'atto della professione; l'atto della medicina.

² D. Moltisanti, *Approccio essenzialista e fondazione dell'etica medica: la filosofia della medicina in Edmund Pellegrino*, in «Camillianum», 21 (2007), pp. 517-543.

³ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A philosophical basis of medical practice*, Oxford University Press, New York 1981; E.D. Pellegrino, *Toward a reconstruction of medical morality*, in R.J. Bulger - J.P. Mc Govern (eds.), *Physicians and philosopher. The philosophical foundation of medicine: essays by Dr. Edmund Pellegrino*, Carden Jennings Publishing, Charlottesville 2001, pp. 18-36.

Il fatto della malattia. Quando si scopre malata, la persona fa esperienza di una profonda modificazione della propria realtà interna. Si tratta, d'altra parte, di un'esperienza caratterizzata dai seguenti aspetti: l'omnicomprensività (non interessa solo la dimensione fisica, ma la globalità della persona, e ne modifica l'immagine di sé); l'individualità (ogni patologia può essere descritta con parametri oggettivi, ma l'esperienza della malattia è fortemente soggettiva e condizionata dal modo in cui la persona la subisce e la vive); la drammaticità (la malattia mette in discussione il senso e il significato della propria esistenza).

L'atto della professione. Dal momento che il paziente non è in grado di ristabilire l'equilibrio rotto dalla malattia, si rivolge al medico. Ed è nell'incontro con il paziente che il medico "professa", dichiara al paziente le sue conoscenze e competenze, promettendo ad una persona in difficoltà e quindi vulnerabile di aiutarla. Si instaura, così, una relazione che ha come protagonisti non "un" medico e "un" paziente, ma "quel" medico e "quel" paziente. La promessa di cura non emana dal medico, ma è il risultato dell'incontro tra quest'ultimo e il paziente alla ricerca della soluzione più adeguata per realizzare il proprio benessere. Il carattere essenziale della medicina è, quindi, costituito da: l'universalità dell'esperienza della malattia al di là di ogni confine geografico, temporale e culturale; il bisogno che da essa scaturisce di aiuto, guarigione e salute da parte del paziente; la risposta d'aiuto professata dal medico. La medicina non è dunque solo un'interazione clinica: la medicina è "quella relazione", ovvero una prassi relazionale che ha come oggetto la corporeità di un essere umano e come fine principale (anche se non esclusivo) il ripristino della sua condizione di salute. Si evidenziano così le caratteristiche essenziali della pratica medica: il carattere relazionale; l'essere finalizzata al benessere del singolo paziente; l'interesse medico per la corporeità. L'humus di questa relazione è l'agire clinico. E proprio dal carattere relazionale (è una relazione persuasiva, individualizzata, di compassione) che nascono i modi propri della medicina: la responsabilità, la fiducia, l'orientamento alla decisione.

L'atto della medicina. Dall'incontro tra la persona malata e la promessa del medico nasce, dunque, l'atto della medicina. Le condizioni (forme) che rendono possibile la relazione clinica sono: la conoscenza del paziente, la diagnosi, la prognosi e la terapia. Ed è proprio la terapeuticità, ovve-

ro la finalizzazione alla cura e al ripristino della condizione di “salute”, la forma medica per eccellenza.

In sintesi, la medicina è una relazione interpersonale e di mutuo consenso. L'intenzione del medico e del paziente creano l'evento medico, che mette in gioco una *téchnè iatriké*, un'abilità a guarire: è, dunque, una relazione d'aiuto sbilanciata da parte di chi offre aiuto – il medico – che possiede le conoscenze e la competenza per rispondere alla domanda di salute del paziente. Il *telos* della medicina include cause e fini: la causa è il sintomo, la malattia che porta il paziente a chiedere aiuto; il fine consiste nel ripristino di un migliore stato di percezione di salute e benessere.

In un approccio essenzialista i principi di riferimento e i doveri per il medico derivano, quindi, dall'essenza della medicina e non dall'applicazione di una particolare teoria morale ai temi della medicina. È dalla comprensione dell'essenza della medicina che si ricavano le aspettative morali attribuibili ai medici. Ne consegue che, anche se la società indicasse obiettivi e scopi alla medicina divergenti rispetto ai suoi fini, la loro liceità dipenderebbe da quanto essi si accordano con questi fini che rendono la medicina una peculiare attività umana.

3. Dai “fini” della medicina all'autentica relazione medico-paziente

La medicina, dunque, è un'attività intrinsecamente morale in cui tutto è ordinato – secondo Pellegrino – ad un unico bene, il “bene” del paziente. Anzi, solo il riferimento ad un bene primario consente di superare gli inevitabili conflitti presenti nella pratica medica. Cosa è, però, il bene del paziente?

Nella nota analisi di E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma viene fatta distinzione tra: bene biomedico, bene percepito dal malato, bene come capacità di ragionare per operare delle scelte, bene supremo⁴.

Il bene biomedico, che è direttamente connesso con la competenza tecnica del medico, appartiene alla medicina in quanto particolare attività umana ed include tutti gli effetti degli interventi clinici sul naturale decorso della malattia. Si tratta di un bene direttamente connesso con la competenza tecnica del medico, che è moralmente impegnato a fornirlo

⁴ E.D. Pellegrino - D.C. Thomasma, *For the patient's good*, Oxford University Press, New York 1988 (tr. it.: *Per il bene del paziente*, Paoline, Cinisello Balsamo 1992).

essendo il bene strumentale richiesto dal paziente. Se si equipara, però, tutto il bene del paziente con il solo bene biomedico si può incorrere in un duplice errore. Il primo è quello di rendere il paziente “vittima” dell’imperativo medico: se un procedimento determina un vantaggio fisiologico o terapeutico allora “deve” essere adottato. In tal modo sarebbero così ignorati tutti i valori del paziente e tutti i problemi anche etici che potrebbero derivare dall’intervento. Il secondo errore si riferisce ad una indicazione medica all’intervento fatta sulla base del giudizio del medico sulla qualità di vita del paziente.

Nel concetto di bene va incluso, allora, anche il bene percepito dal paziente, che comprende l’idea che egli ha del proprio bene. Per essere buona – nel senso più completo del termine – la decisione clinica deve conformarsi anche a ciò che il paziente ritiene valido in relazione alle circostanze e alle alternative poste dalla sua malattia.

Tutti questi tre aspetti del bene particolare sono, poi, in rapporto con l’idea di un bene supremo che costituisce lo standard secondo cui il malato deve regolare le proprie scelte. Questo tipo di bene ha una natura ontologica e, quindi, ha in qualche modo un contenuto oggettivo, anche se – ricordano E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma – la questione della oggettività o non oggettività del bene ha una lunga e tortuosa storia nella riflessione filosofica. Comunque si intenda, però, è questa idea definitiva di bene che diviene l’elemento che pervade la scelta ed è quella meno negoziabile e spesso la meno esplicita⁵.

Di una relazione medico-paziente improntata alla ricerca del suo vero “bene”, fanno poi parte: la fiducia, che il paziente deve accordare al medico a cui corrisponde la capacità del medico di ispirare fiducia (fatto della malattia); la competenza del medico (atto della professione); l’altruismo del medico (atto della medicina). Queste tre caratteristiche sono sintetizzate in quella modalità di interazione clinica definita “beneficialità nella fiducia” (*beneficence-in-trust*) da realizzare all’interno di una relazione improntata all’alleanza (alleanza terapeutica), che riconosce l’autonomia morale del paziente ma anche la difesa della reciprocità morale del medico e del paziente.

Il dialogo e la comunicazione fra medico e paziente diventano – come vedremo – l’elemento indispensabile perché si crei questa fiducia: è, allo-

⁵ Cit. in E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica. I. Fondamenti di etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2007.

ra, necessario che il paziente possa esprimere quali sono le sue aspettative in relazione alla sua malattia. Il coinvolgimento del paziente nella gestione della propria malattia, la personalizzazione (laddove possibile) degli schemi di trattamento e dei protocolli assistenziali, sono – dunque – tutti obiettivi che dovrebbero essere perseguiti in un’ottica centrata sulla dignità della persona, che esalti l’umanizzazione della medicina e che voglia sostituire il modello paternalistico col modello di beneficialità fondato sulla fiducia.

Dalla struttura stessa della medicina scaturiscono, poi, i doveri del medico (l’impossibilità di danneggiare il paziente; la necessità che il bene di ciascun paziente venga prima di ogni altra cosa; l’imprescindibilità del consenso come *conditio sine qua non* dell’azione medica; etc.).

Avere chiaro il nucleo essenziale della professione medica consente anche di risolvere le inevitabili difficoltà della relazione medico-paziente: un conflitto di ordine legale è ben diverso da una relazione interpersonale, in cui due persone si incontrano e possono trovarsi in situazioni e in stati emotivi particolari. E, nel momento in cui si presenta una situazione conflittuale, il medico e il paziente dovranno chiedersi se i valori intrinseci alla relazione stessa (onestà, integrità, rispetto, perseguimento del benessere del paziente, impegno a garantire la competenza, etc.) sono stati realmente rispettati. Anzi, se si mantenesse il riferimento a questi valori da parte di entrambi i soggetti in relazione (il medico e il paziente), raramente vi sarebbero conflitti significativi: quando vi è la disponibilità da parte di entrambi al rispetto reciproco, all’onestà e alla credibilità, alla fiducia, al perseguimento di obiettivi comuni, si viene sempre a configurare il buon medico, il buon paziente, la buona medicina.

4. Comunicazione e consenso

«Tutto il comportamento è comunicazione e tutta la comunicazione influenza il comportamento»: questa affermazione di P. Watzlawick valida per ogni relazione interpersonale assume un valore particolare nella relazione medico-paziente⁶.

Si tratta, d’altra parte, di una relazione interpersonale all’interno della quale la relazionalità, la comunicazione e il dialogo assumono un valore

⁶ P. Watzlawick - P. Beavin - J. Jacks, *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971.

di primaria importanza; una relazione che esprime la convergenza tra il bisogno del paziente (la necessità di cura e la richiesta d'aiuto) e l'abilità del medico; una relazione in cui sono fondamentali l'apertura costitutiva all'altro e il riconoscimento dell'altro come dialogante avente pari dignità seppure in posizione asimmetrica.

Ora, se anche nel modello della beneficalità fondata sulla fiducia la comunicazione ha un ruolo fondamentale nella rilevazione del consenso (il paziente attende dal medico la realizzazione del progetto negoziato per la sua salute, un progetto che in qualche modo va discusso), limitare tutta la relazione comunicativa ai contenuti informativi può renderla rigida e impersonale al punto da non rappresentare più uno dei mezzi per la realizzazione del bene di quel paziente, a cui si cercherebbe, invece, di demandare tutta la responsabilità di una decisione. Il momento informativo ha, infatti, significato solo all'interno di una dinamica comunicativa.

E, come in ogni altra relazione interpersonale, la comunicazione non ha una dinamica meramente unidirezionale (dal medico al paziente) quanto piuttosto bidirezionale. Emergono, infatti, un'informazione e una verità che il medico può dare al paziente, ma anche una verità che viene dal paziente e che arricchisce anche il medico. Il medico, a cui si chiedono non solo capacità di ascolto ed empatia, ma anche un atteggiamento partecipativo e non neutrale. Il paziente, che si trova in una condizione di asimmetria all'interno della relazione, sia perché il medico ha le conoscenze e le competenze tecniche, sia per la natura della sua condizione di malato che crea inevitabilmente uno stato di dipendenza, vulnerabilità e ansietà. Nonostante questo, il paziente ha diritto ad essere informato: un diritto che ha fondamenti etici prima ancora che deontologici e giuridici. Tale fondamento è costituito dal rispetto della libertà del paziente, soggetto partecipe e responsabile di ogni decisione che riguardi la sua persona e la sua salute. Da qui derivano due regole centrali nella relazione medico-paziente: la regola della veridicità e la regola della fiduciarità.

In base alla regola della veridicità il paziente ha diritto a conoscere la verità sulle proprie condizioni di salute, sugli eventi che richiedono una partecipazione attiva, emotiva e decisionale. Solo conoscendo l'esatta diagnosi medica, le scelte terapeutiche, gli eventuali rischi a cui può essere esposto in corso di accertamenti diagnostici o interventi chirurgici, il paziente potrà essere in grado di accettare o rifiutare l'intervento medico. Non dire la verità al paziente significa non riconoscergli la capacità di scegliere liberamente, impedendogli di decidere in piena autonomia e

mettendo a rischio la stessa relazione con il medico: una relazione che deve essere sempre improntata alla fiducia (*regola della fiduciarità*) e al rispetto della volontà personale. Al diritto del paziente di conoscere la verità fa da contrappeso il dovere del medico di informare, un dovere che è innanzitutto di natura etica: mentire è non solo sbagliato ma anche lesivo del rispetto dovuto alla libertà del paziente. La bugia, pur se a fin di bene, può minare quella peculiare relazione che si instaura tra paziente e medico nonché lo stesso valore della verità.

La difficoltà della comunicazione medico-paziente è proprio determinata dal contenuto del messaggio, dalla qualità della “verità” che si deve comunicare. Accanto alla verità “al” paziente vi è sempre una verità “del” paziente che il medico deve conoscere. Nel dare informazioni, il medico deve evitare di comunicare a senso unico: prendere in considerazione l’altro è il punto centrale di un’etica comunicativa che va a guidare il processo comunicativo stesso. Elementi che concorrono a definire la verità “del” paziente sono: la sua personalità (o nel caso in cui si tratti di un bambino, la personalità dei genitori o dei tutori dello stesso); il suo stato psicologico, le sue aspettative; la tipologia della patologia diagnosticata; il contesto nel quale la diagnosi può essere accolta in un modo meno traumatizzante.

Non è, allora, sufficiente informare: è necessario offrire la “verità” all’interno di una relazione comunicativa dopo aver preparato il malato – ed eventualmente la sua famiglia – a riceverla; è necessario collocare la verità all’interno di una verità esistenziale che sa dare sempre il valore all’esistenza e anche alle sue dure evenienze; è necessario lasciare sempre aperta la speranza perché essa è più grande della malattia e anche della vita della singola persona. I medici non sono sempre in grado di comunicare questa “verità”; anzi, spesso, sono incapaci di aiutare il paziente e, nel caso di un bambino, anche i genitori a reggere l’impatto di una notizia dai contenuti traumatici.

Una “verità”, dunque, che va fornita gradualmente perché nessun paziente e nessun nucleo familiare – per quanto ben funzionante – può nello stesso momento affrontare una notizia negativa, la conoscenza dei particolari relativi alla condizione specifica, i dettagli riguardo agli interventi possibili, ecc.; una “verità” che per essere comunicata richiede diversi colloqui al fine di capire i bisogni specifici di ciascun paziente e anche della sua famiglia e per tarare su questa base l’eventuale offerta di supporti e servizi; una “verità” che nessun medico possiede fino in fondo data l’imprevedibilità del futuro.