DOI: 10.69138/arete-2531-6249-20220709

Per una ecologia medica: dal paternalismo al personalismo metodologico nel rapporto medico-paziente

Mauro Bontempi[1]

Sommario: 1. Medicina e complessità antropologica. 2. La relazione medico-paziente: sintesi storica dei principi caratterizzanti. 3. L'identità del medico. 4. Il medico e l'intervento sul malato. 5. Un intervento determinato dal dolore. 6. La cura come intervento di speranza. 7. La dimensione identitaria del paziente. 8. Il paziente come soggetto altro da sé. 9. Il paziente come soggetto alla ricerca della compassione. 10. Conclusione: comprendere, compatire, condividere.

Abstract: The Covid-19 pandemic confirms – with the starkness of daily evidence as well as numbers – the need for a personal and humanizing change in medicine, from diagnostics to curative medicine. And this can be achieved through a reintroduction of human virtues. This essay, by rapidly reviewing the evolution of the approach between doctor and patient, tries to collect some trend lines emerged in the last century to define the structure of a model of ecological and personalized medicine where the patient is a person (in the ethical-moral sense) and the protagonist, together with the doctor, of the therapeutic "alliance" but also on the design of new policies, systems and services.

Keywords: *Bioethics, Medical Anthropology, Medical Psychology, Covid19, Medical History, Personalism.*

1 Dottore di ricerca (Ph.D.) presso l'Istituto di Studi Politici "S. Pio V", Roma; membro del comitato scientifico del Centro Studi Femininum Ingenium (CSFI).

1. Medicina e complessità antropologica

Grande fortuna ha avuto, sin dall'uscita del volume da cui trae il titolo, la definizione di *Secolo Breve* che lo storico inglese Eric Hobsbawm attribuisce al Novecento: secondo questa tesi, come è noto, il primo conflitto mondiale avrebbe segnato uno spartiacque nella interpretazione e nella autorappresentazione dell'uomo e delle sue "conquiste"[2], ponendo in crisi, la presunzione di una oggettività pura, scevra da qualsiasi coinvolgimento soggettivo[3]. Non è un caso, quindi, che, anche in campo medico, in coincidenza proprio del primo dopoguerra, la narrazione del positivismo scientifico (oggettivista, perfettista e atomistico) abbia progressivamente ceduto il posto ad un reinserimento dell'elemento soggettivo, sostanzialmente mediante tre percorsi convergenti: il recupero filosofico della funzione del clinico e della medicina; la definizione della medicina antropologica (Weirsaker) e della antropologia medica (Laín Entralgo); ed infine, un ripensamento radicale dell'agire medico ove la conoscenza scientifica e l'abilità tecnica si integrano con l'umanità del malato.

Sulla scorta dell'ippocratico *medice cura te ipsum* viene ad imporsi così una riflessione radicale sul rapporto tra medico e paziente, che in queste pagine potremo solo di abbozzare.

Riprendendo quanto già accennato, se la visione positivistica, concentrandosi esclusivamente su ciò che risulta scientificamente trasmissibile aveva *de facto* escluso l'*ethos*, a partire dagli anni Venti del Novecento si riscopre che «nell'unione dei compiti di scienza e filosofia – afferma Jaspers – risiede la condizione essenziale che rende oggi possibile [...] la preservazione dell'idea di medico. La pratica del medico – conclude – è concreta filosofia»[4]. In questa visione, il clinico è chiamato ad andare "oltre" il laboratorio, attraverso l'esperienza medica ed il contatto con l'interiorità del paziente. Avviene così una sorta di capovolgimento dell'ordine di

2 Cfr. E.J. Hobsbawm, *Il secolo breve, 1914-1991: l'era dei grandi cataclismi* (1994), Rizzoli, Milano 1995.

3 Il principio di indeterminazione della fisica quantistica ed il teorema di incompletezza nel campo della logica negano l'influenza del rapporto fra colui che effettua la misurazione e l'esito finale: la soggettività (o l'imperfezione) dell'operatore non può essere (sempre) dimenticata o eliminata nel riscontro dei dati. Vedi: M. Pennacchini, *Idee per il rinnovamento della medicina*, Società Editrice Universo, Roma 2012, p. 29.

4 K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano 1991, p. 66.

importanza rispetto all'approccio positivista: ora è il clinico ad avere una speciale primazia rispetto alla tradizionale concettualizzazione dello scienziato/ricercatore[5]. Ne scaturisce una rinnovata attenzione per la soggettività del malato all'interno del processo conoscitivo e diagnostico. La figura mitica di Chirone, medico e malato allo stesso tempo, esprime metaforicamente il significato profondo della medicina ove «la possibilità di curare è condizionata alla capacità di percepire la propria ferita, vale a dire alla conoscenza del limite e alla disposizione a imparare da esso»[6].

Proseguendo oltre, in questa rapido excursus storico-filosofico rispetto alla evoluzione dell'arte medica, è interessante accennare alla posizione di Foucault rispetto alla nascita della clinica: secondo il pensatore francese un ruolo centrale è rappresentato dal diffondersi dell'anatomia patologica, sostituendo all'uomo un articolato sistema di vasi e tessuti compromessi. Quella che Foucault chiama l'inversione nella struttura della finitudine, trasformando l'umanità, limitata e finita ma desiderosa e "capace" di aprirsi all'ultraterreno, in un soggetto "per la morte", da esorcizzare e bandire dal proprio orizzonte quotidiano: saremmo così giunti alla «cadaverizzazione della vita»[7]. In questa visione, si passa da una medicina "delle malattie" ad una medicina "delle reazioni patologiche". La medicina ora non ha più segreti (almeno sul piano anatomico) ma finisce per *vedere solo ciò che vuole vedere*[8].

Il pessimismo di Foucault è stato in parte rimodulato da Weizsacker, Jaspers, Laín Entralgo e Rof Carballo. Più precisamente è nella scuola di Heidelberg che si sviluppa la *Medizinische Anthropologie* (Weizsacker, Siebeck, Schwarz) attorno agli anni Trenta del Novecento, mentre, coniugando medicina e filosofia, nel corso del decennio successivo, saranno Laín Entralgo e Rof Carballo ad elaborare quella che diventerà l'antropologia medica, con una maggiore attenzione agli aspetti culturali, per un verso, e sul piano filosofico, ad una maggiore aderenza alla fenomenologia e all'ermeneutica. Ne deriverà un pensiero connotato da una maggiore apertura alla trascendenza ed alla speranza. Su di esso, svolgeremo di seguito alcune rapide riflessioni.

---

5 Secondo il principio di falsificabilità, all'interno della logica scientifica le ipotesi sono soggette a costanti e spesso radicali "messe in questione": la scienza progredisce, infatti, grazie alla «sostituzione di congetture confutate con altre ancora confutabili, ma non allo stesso modo delle precedenti». A questo proposito si veda anche C. Veronesi, *Il falsificazionismo di Popper*, «MATEpristem», 02/04/2011, <http://matematica.unibocconi.it/>.

6 M.T. Russo, *La ferita di Chirone*, Vita e Pensiero, Milano 2006, p. 3.

7 M. Foucault, *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969, pp. 223/190.

8 M.T. Russo, *La ferita*, cit., p. 21.

Rof Carballo, ad esempio, articola la propria riflessione attorno alla consapevolezza che l'uomo nasce in uno stato di indefinitezza, a partire dal quale emergono progressivamente i contorni della propria identità grazie al contatto con l'altro. Anche nel mito di Chirone, del resto, ritroviamo complessità e contraddizioni tipiche dell'uomo. Non è un caso che la scienza medica trovi proprio in lui, nel centauro esperto di musica e medicina, medico e malato allo stesso tempo, la propria scaturigine. Dal mito di Chirone e di Orfeo, Carballo elabora due caratteristiche proprie dell'*ars medica*, l'esperienza manuale, che si esprime nella "carezza", e la seduzione del linguaggio come pratica taumaturgica (sia come parola, sia nel silenzio-significativo). C'è infine un terzo mito, quello di Tiresia, ove si confrontano il saper *vedere* ed il *non* saper *vedere* la debolezza dell'uomo. L'antropologia, ultimamente, ha proprio questo scopo: quello di essere levatrice rispetto alla medicina, sebbene essa spesso consideri gli elementi propri dell'antropologia medica come scartabili ("tafani"). Nelle scienze, ad esempio, si assiste al continuo riemergere di elementi ritenuti secondari per l'affermazione di nuove teorie. Ebbene, l'antropologia medica svolge proprio questo ruolo maieutico rispetto alla medicina: la obbliga a ripensare se stessa.

Su questo punto, Laín Entralgo – sul pensiero del quale torneremo spesso nella nostra indagine – propone un ripensamento della nozione di malattia come una realtà personale e una risposta biografica del soggetto ad essa, non come mera reazione patologica: «In quanto natura, l'essere umano è *soggetto-a-malattie*, ma in quanto persona è *soggetto-di-malattie*, ossia possiede ed auto possiede la malattia, perché se ne appropria positivamente o negativamente»[9]. Sull'altro lato, quello del clinico, il medico è caratterizzato dal connotato generico della "riflessività", ossia della consapevolezza della complessità di ciò che intendiamo per "salute" e "malattia". E ciò allo scopo non di problematizzare necessariamente l'arte medica bensì per tener sempre presente il necessario approccio "umanistico" alla materia.

È questo il significato profondo di una "scienza operativa" come è la medicina. Il dialogo, gli aspetti biografici contribuiscono alla definizione di un sapere poliforme: clinico, patologico e antropologico. Tale è il contenuto di quella che Pedro Laín Entralgo definisce "antropologia medica"[10], all'interno della quale tutti

9 *Ibidem*, p. 24.

10 Antropologia medica definita altrove come una «molteplicità di indirizzi teorici e di ricerca che, sulla base dell'impianto dialogico dell'antropologia, connette utilmente la sfera degli orientamenti culturali con le scienze della medicina» (G. Di Cristoforo, *Prefazione* a E. Longo – D. Volpini,

gli aspetti dell'agire medico sono ordinati e coordinati sulla base di una prospettiva di studio che si muove secondo un preciso ordine sequenziale nel rapporto medico-paziente: l'anamnesi, il richiamo delle conoscenze reciproche rispetto alla dicotomia "salute/malattia", l'atto medico vero e proprio.

Attorno al tema dell'intimità (così come su molti altri aspetti medico-filosofici) la riflessione di Laín Entralgo si fa molto acuta e originale, giacché connette ciò che il soggetto possiede, che gli è proprio e lo connota rispetto agli altri, e ciò che realizza pienamente l'individuo con ciò che questi patisce. Il proprio corpo è la prima realtà con la quale ciascuno entra in contatto, anche in senso diversificante rispetto all'altro: «io – scrive in *Antropología médica* – ho un corpo che appartiene al mio essere»[11]. Al sapere scientifico, quindi, l'approccio antropologico sostenuto dall'autore spagnolo, sottolinea la centralità dell'elemento biografico del paziente attraverso l'esperienza discorsiva induttiva e quella fenomenologica. Si pensi, ad esempio, al momento dell'anamnesi, ove il paziente non rileva solo il sintomo in sé ma il modo in cui viene trasmesso, con l'emergere, d'altra parte, degli aspetti più critici: anzitutto, la difficoltà di discernere nel paziente la trasmissione oggettiva dalla interpretazione del sintomo e, in secondo luogo, la capacità molto soggettiva di introspezione da parte del malato rispetto alla sua situazione clinica. Ciò non toglie che tali rischi si riconnettono in qualche modo a quell'aspetto biografico, centrale nell'antropologia medica.

In tema, poi, del significato da attribuire alla malattia Laín Entralgo si domanda provocatoriamente: «In quanto umana, che cos'è la malattia? Per un uomo, cosa vuol dire essere malato?»[12]. Si tratta di un'autentica esperienza umana che non può ridursi semplicemente ad un deficit organico. L'universo della malattia (che analizzeremo successivamente), infatti, possiede diverse sfaccettature (psico-organiche, sociali, storiche, personali) che necessitano di un ascolto e di un approfondimento attento rispetto al contesto e alla storia personale del paziente. E se i processi patologici possono essere descritti in termini fisiologici, la malattia e l'esperienza di essa possono scoprirsi anche come un fenomeno sociale e culturale. La cultura, nel senso più ampio del termine (che comprende non solo l'etnia, ma anche la classe, il sesso e altri attributi sociali), influisce *volens nolens* sul modo in

---

Medicina e cultura, Aracne, Roma 2012, p. 13).

11 P. Laín Entralgo, *Antropología médica para clìnicos*, Salvat, Barcelona 1985, p. 78.

12 *Ibidem*, p. 144.

cui i pazienti comprendono la loro malattia, come rispondono, comunicano e influiscono sulla loro vita.

Conclusa la fase conoscitiva, nell'approccio di Laín Entralgo subentra poi il momento diagnostico: una diagnosi "integrale", perché oltre a sviscerare completamente l'aspetto conoscitivo vi congiunge l'elemento etico o etico-religioso. In tal senso, l'antropologia medica si richiama alla *philia iatrikè* nella definizione del rapporto medico-paziente come «mutua, vera connessione del medico [di curare] e del malato [di essere curato]»[13]: l'atto medico come atto umano non può non essere anche etico. Eticità che si traduce, nell'arte terapeutica, in due ordini di principi riconducibili al medico ed al paziente: nei confronti del primo, sul piano strettamente operativo, si invoca l'uso della massima capacità tecnica nella realizzazione del vero e autentico bene del paziente; al secondo si richiede invece lealtà e fiducia nei confronti del medico, nonché una «affettuosa distanza» nel caso di trattamenti prolungati[14].

2. La relazione medico-paziente: sintesi storica dei principi caratterizzanti

La dimensione paternalistica

Secondo il modello ippocratico, il medico è un "interprete" (quindi, etimologicamente anche il "mediatore") delle manifestazioni naturali, investigabili e spiegabili razionalmente[15]: egli sente con tutta evidenza l'altissimo compito di procurare un bene oggettivo, ripristinando l'ordine, sconvolto dalla malattia, tra la natura e l'uomo. Il medico non può che essere un "bene-fattore". Nel quadro di questa visione etica, di tipo naturalistico, il medico è quindi anche una sorta di

13 P. Laín Entralgo, *El medico y el enfermo*, Guadarrama, Madrid 1969, p. 6.

14 M. Pennacchini, *Idee per il rinnovamento della medicina*, cit., p. 41.

15 Fu Anassagora nel V sec a.C. a staccarsi per primo dal ricorso ai miti per comprendere e spiegare la realtà. Dati osservabili ed esperienza che a partire dalla spiegazione della lucentezza della luna, aprirono la strada alla nascita del metodo scientifico, che basandosi sull'esperienza e l'osservazione diretta, induce a ipotesi non fantastiche, ma verosimili, razionalmente valide e che servono al proseguimento dell'indagine della natura, alla ricerca di tecniche con cui operare e costruire.

sacerdote, un mediatore con la divinità capace di esercitare un potere sulla vita e sulla morte: in sintesi, il dovere del medico è fare il bene del paziente e il dovere di questi è di accettarlo.

La responsabilità morale, la certezza che il medico operi per il bene del malato, nel corso dei secoli si è affermata come la connotazione principale dell'autorità anche morale del medico e della sua sostanziale impunità giuridica nello svolgimento delle sue funzioni.

Ad un'autorità del medico così configurata corrisponde, necessariamente, il dovere di obbedienza da parte del malato: l'unico obbligo morale del malato è quello di ubbidire.

Ciò per un verso rafforza il carisma del medico ma inevitabilmente accresce lo iato tra questi e il paziente, il quale gioca un ruolo del tutto subalterno rispetto al professionista deciso a curare "nonostante" il paziente.

Dal modello ippocratico a quello cristiano

Una iscrizione rinvenuta nei primi anni Novanta del secolo scorso racconta la storia di un medico del II sec. A. C. descritto con i connotati dell'uomo probo e disponibile, talmente attento e ben disposto nell'esercizio della sua professione fino al punto di aprire un ambulatorio medico per esercitare autonomamente la professione medica senza fini speculativi. Dal testo si ricava la grande fiducia che la figura del medico ricopre nella cultura classica. La rilevanza "pubblica" del suo ruolo si ritrova anche nel fatto che le diagnosi avvengono alla presenza di spettatori (dovendo anche sostenere il proprio punto di vista dinanzi ai colleghi) ricalcando, in qualche modo, lo stile del "filosofo", oltre all'estrazione sociale e alla formazione culturale, comuni tra queste due figure.

Nella letteratura greca, tra il I ed il III secolo d.C., il medico è per antonomasia l'uomo retto, equilibrato, empatico, mite, forte d'animo ma riservato nei modi, un uomo colto ma senza ostentazione: nella predisposizione delle cure ai malati questi si serve degli strumenti e delle tecniche all'avanguardia, unendo alla professionalità tecnica la sensibilità umana[16].

16 Per una ricognizione sulle iniziative a favore dei malati nel Cristianesimo antico si rinvia al seguente saggio: M. Maritano, *Assistenza e cura dei malati nel Cristianesimo antico*, «Giornale di storia della medicina», 24/1, 2012, pp. 441-466.

Rispetto a questo contesto, il Cristianesimo conferisce universalità e quindi maggior vigore all'etica ippocratica: la medicina e la salute sono essenzialmente doni di Dio; il medico ha l'obbligo morale di non vanificare il tale ricchezza e di far fruttare il talento verso dell'ars medica con studi severi, approfonditi e con la piena adozione personale delle norme dell'etica medica. Il paradigma di fondo rimane inalterato: il medico continua ad essere la coscienza del malato.

A partire, poi, dal Basso Medioevo la nascita delle università e l'equiparazione del chirurgo al medico conferirono alla figura del medico una più ricca, consapevole e articolata definizione delle proprie prerogative scientifiche e professionali.

Dalla prospettiva empirica-illuminista all'affermazione del principio della interiorità-sensibilità

Con l'età moderna comincia a scalfirsi il modello ideale di autorità *latu sensu*. Il "potere assoluto" del medico-sovrano[17] e la sua signoria carismatica si trasformano in dominazione burocratica o legale. L'obbedienza del malato non è più morale e assoluta ma circoscritta al perimetro giuridico-formale che la professione medica stabilisce ex ante, a cui naturalmente contribuisce, dal punto di vista accademico, la diffusione delle facoltà di medicina all'interno delle università europee. Indubbiamente la professionalizzazione dell'*ars medica* irrobustì l'approccio paternalistico, istituzionalizzandolo al punto da divenire "etichetta", il *medicus politicus* ovvero il *gentleman*. La nascita dell'ordine professionale corrispose, non a caso, con l'affermazione degli assolutismi europei, determinando così un primo iato tra favorevoli (liberali) e contrari (la classe medica) al monopolio corporativo: "Il popolo non è in grado di giudicare i meriti del medico" e quindi le leggi di mercato non possono trovare applicazione in materia di servizi "essenziali" (diremmo oggi, anche alla luce della pandemia da Covid-19).

Fino agli anni Ottanta del Novecento, al paternalismo medico s'informerà

17 Rodrigo de Castro, medico del XVII secolo, nell'opera *Medicus politicus* sosteneva che il medico avesse potere sul corpo umano così come il sovrano ne ha sullo stato e Dio sul mondo. R. de Castro, *Medicus-politicus: sive, De officiis medico-politicis tractatus, quatuor distinctus libris: in quibus non solum bonorum medicorum mores ac virtutes exprimuntur, malorum vero fraudes et imposturae deteguntur,* Ex Bibliopolio Frobeniano, 1614.

sostanzialmente il rapporto di beneficità tra medico e paziente, con la conseguente asimmetria fra i due soggetti, ove il secondo continuerà ad essere considerato non autonomo perché incapace di recepire e comprendere con maturità il proprio stato di salute.

Più recentemente, le forme di paternalismo, tipiche del welfare state, sono state definite come un misto di beneficità e potere, secondo la nozione di Dworkin come «il rifiuto di accettare o acconsentire a desideri, scelte e atti di un'altra persona, per il bene della persona stessa»[18]. Indubbiamente tale approccio si presenta almeno sotto due forme: una più rigida, secondo la quale esiste un diritto del medico di impedire ai pazienti adulti azioni dannose contro se stessi; un'altra più morbida formulazione dello stesso principio sostiene la legittimità dell'intervento del medico solo quando il paziente fosse incapace di prendere una decisione pienamente consapevole e competente in materia. Agevole sul piano teorico, tale distinzione risulta assai complessa nella prassi medica, dovendo individuare, caso per caso, sia il grado di consapevolezza, sia il livello di strumentazione conoscitiva del paziente, consentendo di determinare la fattispecie di intervento del medico. Alla luce di queste ultime considerazioni, una definizione di paternalismo medico capace di conservare la complessità e le asprezze della sua declinazione pratica è quella di Gracia, secondo il quale esso si può configurare come «il rifiuto di accettare o assecondare i desideri, le scelte e le azioni delle persone che godono di una sufficiente informazione e della capacità o competenza adeguata, per il bene stesso del paziente»[19].

Nel corso dei secoli si è ritenuto che il paternalismo fosse l'unico modo per esercitare il principio di beneficità. In realtà, già a partire dall'evoluzione del pensiero etico moderna e contemporanea, si è andata affermando vieppiù la necessità di coniugare (o tentare di articolare) il diritto-dovere del medico a "fare il bene" del paziente con un altro principio altrettanto importante: quello, in capo al paziente, di essere "autonomo", ossia di veder rispettato il proprio diritto ad assumere delle scelte mature e consapevoli rispetto al proprio stato di salute, sulla base di una comunicazione "accessibile" da parte del medico circa la propria situazione e gli scenari possibili rispetto alle diverse scelte di cura.

18 G. Dworkin, *Paternalism*, in R. Wasserstrom (a cura di), *Morality and the Law*, Wadsworth Pub. Co., Belmont (California) 1971, p. 108.
19 D. Gracia, *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*, San Paolo, Torino, 1993, p. 132.

Il principio di autonomia

Come abbiamo visto, con l'epoca moderna si determina in campo medico un cambio di paradigma rispetto ad uno stato di "minorità non dovuta" da parte del paziente nei confronti del medico, consentendo al primo di assumere la giusta parte di peso e responsabilità delle decisioni che lo riguardano direttamente. Ciò pone in crisi il modello classico dell'etica medica, secondo il quale il malato è per definizione in condizione di "minorità", per l'incapacità di definire autonomamente i fini e i mezzi più opportuni per gestire il proprio stato di salute.

Risulta evidente, d'altro canto, che la malattia rappresenti un limite all'autodeterminazione del soggetto poiché, modificando l'intenzionalità, interferisce sulle capacità di comprensione della propria situazione e rappresenta, al tempo stesso, un controllo interno ad un'azione moralmente autonoma rispetto ad essa.

La malattia, quindi, è in grado di interferire profondamente con l'autenticità di una persona. In tal senso, il modello di autonomia occupato a difendere i diritti del soggetto rischia di finire per sottovalutare il potere distruttivo della sofferenza umana.

L'autodeterminazione del paziente, in quanto articolazione fondamentale dei suoi diritti (per capire la differenza del paradigma, basti pensare che nel modello tradizionale si parla solo di doveri del medico e non di diritti del paziente) diventa un criterio qualitativo nel rapporto di cura. L'intervento sanitario non può più essere deciso unilateralmente dal medico, che si basa sul suo sapere professionale, ma deve essere individuato insieme al paziente, spesso con un faticoso processo di negoziazione.

Superato il paternalismo benevolo, la figura del medico nel modello della bioetica diventa un'autorità "democraticamente" condivisa; il "buon paziente" è un soggetto partecipante alla decisione. Il cardine di questa strutturazione concettuale è il consenso informato, che si traduce, ad esempio, nella formulazione proposta dal Comitato nazionale per la bioetica, «in una maggiore partecipazione del paziente alle decisioni che lo riguardano»[20]. La qualità dell'addetto medico si arricchisce di una nuova componente: è definito come buono l'intervento sanitario che ha anche

20 Comitato nazionale per la bioetica, *Informazione e consenso all'atto medico*, 1992, <https://bioetica.governo.it/media/1836/p10_1992_informazione-e-consenso_it.pdf>.

una correttezza formale, vale a dire il rispetto delle procedure volte a far partecipare il paziente alle scelte diagnostiche e terapeutiche.

Accanto alle tavole dei diritti e al principio di autonomia, inoltre, emerge anche un nuovissimo concetto: la privacy, che tenta di creare e di difendere uno spazio incomprimibile e riservato attorno alla persona umana.

Il principio di autonomia, le carte dei diritti, l'emergente concetto di privacy hanno prodotto non solo un cambiamento etico, ma anche una rivoluzione giuridica: il medico gradualmente dismette i panni autorevoli e impunibili del "sacerdote della salute", per indossare quelli del tecnico che stipula un contratto con il proprio cliente.

La società civile impone anche al medico rapporti di diritto positivo in luogo dell'antico privilegio terapeutico: questi non può più intervenire sul corpo di una persona senza il suo permesso – salvo nei casi di impossibilità oggettiva e nel rispetto del doppio principio della tutela della salute individuale e collettiva (come all'articolo 32 della Costituzione) – e, quindi, l'esercizio di qualsiasi forma di paternalismo medico deve essere, in qualche modo, autorizzato dal paziente sulla base di un consenso esplicito e informato al trattamento medico.

Abbiamo raggiunto così un punto cruciale nell'evoluzione del rapporto di cura: la necessità di rispettare il principio di autonomia e la pratica del consenso libero e informato in qualche modo sposta la sede del processo decisionale dal medico in direzione di un'area più vicina al paziente.

3. L'identità del medico

> Si ammette generalmente che ogni tecnica praticata metodicamente, e, ugualmente, ogni azione realizzata in base a una scelta, mirino ad un bene: perciò a ragione si è affermato che il bene è ciò cui ogni cosa tende. Ma tra i fini c'è un'evidente differenza: alcuni infatti sono attività, altri sono opere che da esse derivano. Quando ci sono dei fini al di là delle azioni, le opere sono per natura di maggior valore delle attività. E poiché molte sono le azioni, le arti e le scienze, molti sono anche i fini: [...] della medicina il fine è la salute [...].[21]

21 Aristotele, *Etica Nicomachea*, Libro I, Cap. 1 <http://www.ousia.it/content/Sezioni/Testi/AristoteleEticaNicomachea.pdf>.

Alla luce della citazione di Aristotele e passando in rassegna le varie epoche storiche, abbiamo rapidamente scorso le fasi di trasformazione della scienza clinica: da una concezione paternalista (genitoriale o sacerdotale) della funzione e del ruolo del medico a forme sempre più vicine a dinamiche di tipo contrattualistico; dal medico-sacerdote, al quale il paziente affida ciecamente la propria esistenza, al suo opposto, il medico "erogatore di servizi quanto più accurati", uno specialista dinanzi al quale il paziente/consumatore esercita un ruolo sempre più crescente.

Ciò che possiamo rilevare è che, in modo singolare, alcune interpretazioni tendenzialmente "deumanizzanti" nel rapporto medico-paziente non sembrano ridursi nel corso del tempo ma semmai cambiano di forma. Infatti, mentre il paternalismo poteva conservare alcuni caratteri di umanità derivanti dal rapporto interpersonale (sebbene sbilanciato a favore del medico) e da una piattaforma di valori condivisi (pur impliciti), l'approdo contrattualista, impoverendo di umanità i soggetti coinvolti, riduce l'empatia e mantiene il rapporto su un sinallagma efficientista. Il medico, nella definizione di Jaspers, passa dall'essere un soggetto impersonale all'interno di una collettività ad un "tecnico" che la società individua come rappresentante della salute pubblica[22].

In risposta a tale andamento torna alla mente la nozione di "ecologia dell'uomo" formulata da papa Benedetto XVI e ripresa dal suo successore: una medicina ecologica[23], ovvero una "ecologia della medicina", capace di prendere in considerazione, nuovamente, la centralità della persona, nel rapporto di cura, ove la salute del paziente possa coniugarsi con l'eccellenza tecnica ed il rispetto nella relazione interpersonale[24]. In questo senso, il personalismo – come vedremo – diviene un incontro tra la "fiducia" del paziente e la "coscienza" del medico.

Edmund Pellegrino individua le sei virtù del medico (del "clinico"), ragionando in termini etimologici, come colui che sta presso il letto del paziente, che si china sull'infermo[25]: fedeltà, benevolenza, onestà intellettuale, coraggio, compassione,

22 K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., pp. 47-48/115.

23 Cfr. S. Morini, *Medicina ecologica: una proposta*, «MEDIC. Metodologia didattica e innovazione clinica», 20/1, 2012.

24 Sulla riflessione bioetica in chiave cristiana fondamentale è stato il contributo di Elio Sgreccia. Per una riflessione sul suo contributo si veda la raccolta di saggi commemorative da parte dell'Associazione Scienza & Vita: *Vita, ragione e dialogo. Scritti in onore di Elio Sgreccia*, Cantagalli, Siena 2012.

25 E.D. Pellegrino, *Professionalism, Profession and the Virtues of Good Physician*, «The Mount Sinai Journal of Medicine», 69/6, 2002, pp. 378-384.

veridicità. Più semplicemente, le virtù necessarie all'umanizzazione del medico sono: l'umiltà, la prudenza, la collaborazione, proposte sulla base di quella *eutrapelìa* di aristotelica memoria.

Al medico di oggi, però, è richiesto un plus opinabile: non solo la cura della salute e la prevenzione o la cura della malattia, ma perfino di impedire la morte, continuamente esorcizzata e rifiutata, come se non fosse un evento biologico naturale e inevitabile della vita stessa. Anche su questo punto torneremo in seguito.

Ciò che finora risulta evidente è che la fisionomia del medico-clinico è oggetto di rapidissimi e radicali cambiamenti, grazie anche alle risultanze della biologia molecolare e della genetica applicata alla medicina: da disciplina basata sulla terapia *ex post,* la medicina potrebbe divenire una disciplina basata sulla prevenzione *ex ante*, sulla prevenzione genetica.

4. Il medico e l'intervento sul malato

Una delle tendenze più preoccupanti della tecnomedicina consiste nella trasformazione del medico in erogatore di prescrizioni: in proposito Jasper parla di medici collettivisticamente impersonali e medici individualisticamente impersonali[26]. Del resto, Platone stesso aveva suddiviso tra medici schiavi e medici liberi[27]. Oggi, poi, i pazienti sono più sensibili ai temi della salute, della prevenzione e della cura.

Stando troppo chini (donde il termine "clinico") sul corpo del malato, si rischia di vederlo «una massa materiale estranea come un paesaggio lunare»[28]. Al contrario, il corpo stesso del paziente – ricorda Laín Entralgo – in qualche modo «parla»: le sue parole sono «qui... adesso... puoi»[29]. L'invalidità è l'espressione principale di questo corpo: un "non-potere fare" ancorché parziale (perché solo nella morte diviene definitivo) che rischia di trasformarsi in un "non-poter sperare" o nell'acuirsi del senso della minaccia e della precarietà. Più sottilmente, il malato diviene quasi ostaggio di un corpo che, se fino ad allora

26 K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., pp. 47-48.
27 Platone, *Le Leggi*, 720a-720e.
28 M. Merleau-Ponty, *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003, p. 431.
29 P. Laín Entralgo, *La relación medico-enfermo. Historia y teoría*, «Revista de Occidente», 1964, pp. 275-276.

lo aveva portato ad esistere senza nulla chiedere, ora, prepotentemente, chiede, pretende l'attenzione del soggetto malato: la vita cambia radicalmente, perché il corpo "assorbe" completamente l'individuo ed il mondo con la sua spazialità, le relazioni tra gli oggetti si perdono e si allontanano. Il malato sembra abbandonare progressivamente la sincronia con le dinamiche del mondo. Ed in questa nuova dimensione ci si trova dinanzi al bivio: alienazione o sfida? Sfida alla propria libertà e alla propria storia precedente, "da sani".

L'etimologia di "intervenire" mostra i due aspetti fondamentali dell'atto medico: "trovarsi in mezzo" ovvero "accadere, succedere". Intervenendo sul malato, il medico, per un verso si trova sul campo di battaglia che contrappone malattia e malato, dall'altro è chiamato a "far accadere", ad operare terapeuticamente. Associabili, per certi versi, al momento della diagnosi e della prognosi, queste prime due connotazioni del rapporto tra medico e paziente ci conducono al cuore dell'approccio clinico olistico e umanizzante sostenuto in questa sede. Al medico-clinico viene chiesto non solo un "intervento" ma anche una "narrazione" di questa esperienza: sia un *facere* che un *non facere* ma soprattutto una medicina narrativa.

D'altro canto, tra gli effetti della progressiva "tecnologizzazione" del processo diagnostico, c'è anche la "declinicizzazione" della diagnosi. L'anamnesi è affidata a test di laboratorio, riducendo la medicina spesso ad una mera notificazione di accertamenti tecnici. Il medico tende a deresponsabilizzarsi rispetto all'esito diagnostico, mentre il paziente non può far altro che accettarne le risultanze, chiedendo, tutt'al più, al medico una "traduzione" e una previsione circa l'evoluzione dell'eventuale malattia. Ciò che *prima facie* doveva essere un alleato per la medicina e per il clinico, la tecnologia medica, si è spesso rivelata una causa di atrofizzazione dell'esercizio clinico[30]. Per ovviare a questo processo apparentemente irreversibile che coinvolge i due attori fondamenti (e modelli archetipici) del processo clinico (medico e paziente) può essere utile guardare da un'altra prospettiva il processo diagnostico. Fondamentale per il medico, anzitutto, è la comprensione e l'applicazione appropriata delle conoscenze biomediche e psicosociali. Sul piano propriamente tecnico-professionale i due compiti principali del clinico sono: acquisire le conoscenze relative al proprio campo d'azione e sviluppare strategie

30 F. Trimarchi, *Il camice strappato. "Sostanze e accidenti" nella medicina clinica*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2003, p. 69.

personali per imparare continuamente a gestire l'enorme numero di informazioni che lo accompagnerà nel corso della carriera scientifica. La conoscenza richiede una grande abilità di contestualizzazione nell'amnesi medica. Ciò, a sua volta, richiede la capacità di comunicare efficacemente con ogni paziente, sulla base – per quanto possibile – del retroterra culturale del soggetto coinvolto. Purtroppo, i miglioramenti nella comunicazione tra i medici e i pazienti, che richiedono precisi tempi tecnici per intervistare efficacemente i soggetti coinvolti e comprenderne i bisogni, non hanno mantenuto il passo con i progressi tecnologici nella medicina. È indubbiamente sempre più arduo per i medici provvedere alle varie fasi del consulto: costruire e sostenere relazioni di fiducia per ascoltare e comprendere le preoccupazioni del paziente; ottenere le loro richieste; introdurre strategie diagnostiche e di trattamento; informare i pazienti sulla loro salute o malattia; verificare l'adesione ai piani di trattamento e valutare i risultati degli interventi. Condizione necessaria (ancorché non sufficiente, *et pour cause*) per il buon esito del percorso terapeutico è il rapporto di fiducia tra medico e paziente, ove il malato non può che desiderare (e pretendere) di essere trattato con rispetto, di essere ascoltato e compreso da medici professionalmente competenti e sensibili.

In questa quadro, un sistema di cura efficace coinvolge quattro elementi fondamentali, che possono essere classificati come cognitivi, affettivi, comportamentali e sociali. Le strategie cognitive incoraggiano il dialogo, in modo da espandere la comprensione della condizione dei pazienti e permettere di prendere decisioni mediche informate. Stesso discorso vale per i meccanismi affettivi e l'empatia. Le strategie di cambiamento comportamentale mirano alla disponibilità del paziente a cercare un trattamento o ad alterare i comportamenti, mentre quelle sociali coinvolgono la famiglia o la comunità del paziente in collaborazione (ovviamente) con il paziente per migliorare i risultati della salute[31]. La cosiddetta "intervista motivazionale" è un metodo di consulenza particolarmente efficace per monitorare il comportamento del paziente mentre, sul piano diagnostico, l'intervista medica iniziale permette la raccolta di dati, favorisce la costruzione di relazioni e una prima "educazione" dei pazienti rispetto al quadro clinico generale del malato. In questo contesto, la comunicazione non verbale è una componente importante del colloquio: l'attenzione ai propri processi mentali

31 Cfr. J.M. Shorey – J.J. Spollen – S.W. Fletcher – L. Park, *Approach to the patient*, UpToDate, Waltham, MA 2014 < www.uptodate.com > .

durante un'intervista migliora la comprensione del paziente, riduce il pregiudizio e può contribuire all'esito positivo della terapia.

Nel corso della fase diagnostica e terapeutica, allo scopo di preservare la centralità del paziente, non può essere mai obliterato il rispetto dei valori dei pazienti, delle preferenze e delle necessità da questi espresse. Fermo restando tale principio, su di esso si incardinano tutta una serie di elementi che il medico (ovvero, l'equipe clinica) è chiamata a mettere in campo nell'ambito del coordinamento della cura e integrazione dei servizi terapeutici, quali: la diffusione di informazioni accurate, tempestive e appropriate circa la malattie e le implicazioni a lungo termine; l'aumento, per quanto possibile, del comfort fisico; il supporto emozionale per alleviare paure e ansia; il coinvolgimento di famiglie e amici nel percorso terapeutico. A fronte di ciò, è sempre necessario ricordare che la comprensione e il rispetto dei valori, delle preferenze e delle esigenze espresse dai pazienti sono fondamentali sia sul piano dell'interazione del paziente e del medico, sia dal punto di vista terapeutico.

La partecipazione dei pazienti nei confronti del proprio percorso terapeutico è assai variabile da persona a persona. La malattia spesso rende i soggetti più passivi di quanto sarebbero in altre circostanze, delegando gli altri a prendersi cura di loro e prendere decisioni in loro vece. È evidente che i pazienti maggiormente coinvolti nel loro processo di cura possono avere un miglior recupero, sebbene sia un dato molto soggettivo, legato a fattori culturali, psicologici ed emotivi. Gli approcci decisionali condivisi possono aiutare il medico e il paziente, insieme, a chiarire le opzioni, i risultati, le incertezze e i valori.

I pazienti, ad esempio, e le loro famiglie percepiscono di essere in "buone mani" se la cura che ricevono sembra effettivamente coordinata e integrata in un sistema coerente di cura e consapevole delle proprie esigenze e circostanze individuali. Al contrario, l'assistenza che sembra non coordinata – non importa quanto "eccellente" essa sia – non instilla i sentimenti di fiducia o di fiducia. Al paziente "in corsia" spesso sembra che nessuno sia responsabile o, ancor peggio, almeno sul piano emotivo, che la responsabilità della propria salute sia talmente diffusa e parcellizzata da non poter pretendere una risposta definitiva da alcuno. I pazienti, quindi, possono essere esposti alla interpretazione di informazioni eccessivamente tecniche e "oscure", e talvolta da messaggi contraddittori. In questo senso, la tecnologia non aiuta affatto ed è il contatto diretto con il personale sanitario a giocare un ruolo fondamentale. D'altro canto, essa, come già accennato, ci

consente di avere accesso quasi immediato a quantità enormi di informazioni che gli stessi pazienti ricercano, generalmente: spesso sono proprio loro a richiedere maggiori informazioni di quanto non ottengano, sebbene le esigenze individuali varino in modo significativo con l'età, il sesso e altri fattori socioeconomici. Le necessità informative cambiano anche nel corso di una malattia e in funzione dello stato di salute percepito dal paziente stesso. I pazienti hanno bisogno di tempo per ascoltare, assimilare ed elaborare le informazioni che vengono fornite, provenienti spesso da fonti diverse: essi confrontano e testano, con prove ed errori, le fonti di cui possono fidarsi sulla base della qualità delle informazioni ricevute.

Da parte loro, i medici sono chiamati a fare chiarezza sul piano informativo ed aiutare a sostenere il carico emotivo che deriva dalla comunicazione medica. Infatti, è l'apprensione che spesso accompagna e amplifica la malattia. La malattia impone un carico emotivo e psicologico sui pazienti e sulle loro famiglie che sono spesso pesanti come quello fisico. Quando questi bisogni vengono riconosciuti e affrontati, i pazienti vivono diversamente la dimensione della sofferenza e possono avere una maggiore spinta a progredire nel processo di guarigione: ciò di cui hanno bisogno è un'autentica espressione di preoccupazione[32] e cura da parte dei propri affetti, dei medici e del personale sanitario.

5. Un intervento determinato dal dolore

In ogni epoca la malattia costituisce un'esperienza che investe l'uomo nella sua dimensione globale, sincronica e diacronica: la malattia, cioè, coinvolge tutta l'umanità della persona ma anche il suo vissuto. La combinazione dei due aspetti, a seconda dei casi, ingenera maggior paura, angoscia, ansia, tensione, irrequietezza sino alla depressione e alla disperazione.

Con la diffusione di una cultura globale della prevenzione è il soggetto sano e non più sofferente (paziente, dal latino *patior*) ad essere il "fruitore" della comunicazione medica. Risultato ineccepibile, se non fosse che proprio in questo modo si perde definitivamente il discrimine fra sano e malato, rendendo la medicina una presenza quotidiana fino al punto di divenire una ossessiva

32 Con un neologismo sarebbe più corretto parlare di "*per-occupazione*" e non tanto di lodevole ma forse sterile preoccupazione.

esigenza, quella di una impossibile eterna perfezione psicofisica.

Su questo sfondo, la dimensione del "sofferente" può assumere i connotati drammatici che un autore ha così descritto:

> Il sofferente chiede qualcosa, ma non conosce perfettamente ciò di cui ha bisogno. Non si tratta semplicemente di ignoranza sul piano scientifico o di imperizia tecnica. È tutto il suo mondo precedente che è stato messo in scacco dall'evento patologico. Egli abita un mondo nuovo [...] non cessa di sperare in un assoluto che sia principio di una cura appassionata per l'uomo, apre dunque una lotta contro il male ed un contenzioso con l'antico alleato. Questi non deve, non può rinnegare la sua parola amica e le sue promesse. Alla denuncia ostinata, elevata da un uomo che non intende arrendersi e mollare la presa neppure di fronte ad un interlocutore potente ed astuto, Dio risponde confessando la propria "sconfitta"[33].

Le reazioni dinanzi al dolore sono diverse: il rimpianto, la sfida, l'ottimismo acritico, la ricerca del colpevole, un attivismo rassicurante, la fede venata di malinconia. Il segno o il sintomo possono essere criteri per stabilire una diagnosi o monitorare il progresso del paziente. Le differenze individuali rispetto alle risposte e alla comunicazione del dolore rendono difficile una valutazione obiettiva della situazione patologica e complicano il compito della gestione del dolore. Anche gli atteggiamenti dei medici verso il dolore variano. La gestione del dolore è – o, almeno, dovrebbe essere – una parte continua della cura del paziente. In che modo? Chiedere ai pazienti di valutare il livello di dolore – ad esempio, su una scala da uno a dieci, o con l'aiuto di un dispositivo analogico visivo – può aiutare la comunicazione da parte dei pazienti ospedalizzati, sul piano pratico, potrebbero aver bisogno di aiuto per mantenere l'igiene personale, mangiare, muovere o camminare.

Le esperienze individuali sono condizionate dal contesto culturale ma il legame fra l'uomo (contemporaneo) e la sofferenza è innegabile. Ogni individuo segue delle dinamiche molto soggettive e tortuose che influenzano il proprio stato di salute. Il dolore è un'esperienza soggettiva che può verificarsi, in particolare nelle sue manifestazioni croniche, anche in assenza di elementi fisiologici che spiegano la sua persistenza o la gravità. Il combinato disposto, quindi, della

33 P. Cattorini – R. Mordacci (a cura di), *Modelli di medicina*, Europa Scienze Umane, Milano 1993, p. 29/87

soggettività di valutazione, da una parte, e della variabilità nella evoluzione della malattia, dall'altra, generano una grande disparità tra gli individui nel modo in cui sperimentano il dolore generato da ciò che sembra essere stimoli simili. C'è una tensione continua tra l'esperienza del dolore del paziente e l'insistenza del clinico su elementi oggettivi, che possano giustificare le sofferenze lamentate dal paziente stesso, sulla base delle quali distinguere tra una sofferenza "reale" e una "indotta". Eric Cassell sostiene che il dovere di alleviare la sofferenza (in particolare di quella causata da un dolore molto intenso) è così fondamentale che il vero test di efficacia di un modello sanitario dovrebbe essere la sua adeguatezza alla terapia del dolore[34]. La tesi di Cassell è che la medicina (e la formazione medica), continui a soffrire delle conseguenze negative del dualismo cartesiano, dimenticando che sono persone, non corpi, coloro che soffrono. La sofferenza, anche prodotta dal dolore fisico, è vissuta dalle persone, e quindi è soggettiva. Ma se esistono mondi separati in modo permanente e categorico (almeno per Cartesio) la medicina dovrebbe appartenere al regno fisico, in quanto essa è, in fin dei conti, una scienza oggettiva[35]. Di conseguenza, se la sofferenza è soggettiva e sperimentata nella coscienza del singolo paziente, non dovrebbe riguarda la medicina.

Il progressivo tramonto di questo approccio rigidamente cartesiano ha gettato una nuova luce sulla triangolazione paziente-dolore-cura. Non si tratta di una semplice acquisizione medica ma di una piccola rivoluzione antropologica. «La salute non analizza se stessa e neppure si guarda nello specchio. Solo noi malati sappiamo qualcosa di noi stessi»[36]. Le parole di Zeno Cosini nel romanzo di Svevo rivelano un primo accenno di autocoscienza ma anche il sottile senso di vulnerabilità cui è sottoposto il malato: tra difesa e aiuto si articola l'espressione del malato. L'esperienza della malattia «si offre come permanente riserva di significati, come coagulo di simboli, che il mito lega nella coerenza di un racconto, che la poesia dischiude a rimani universali e che il pensiero filosofico sottopone a indagine radicale»[37].

Secondo il Centro Hastings (gruppo internazionale di medici che ha elaborato i cosiddetti Obiettivi della Medicina[38]) «il sollievo del dolore e della sofferenza è

34 Cfr. J.E. Cassell, *The nature of suffering*, «The Hastings Center Report», 21/1991.

35 Cfr. R.M. Veatch, *The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner. Part 2*, Indiana University Press, Bloomington 1991.

36 I. Svevo, *La coscienza di Zeno*, Mondadori, Milano 1990, p. 145.

37 P. Cattorini, *Malattia e alleanza*, Angelo Pontecorboli Editore, Firenze 2010, p. 27.

38 Tali sono: la prevenzione delle malattie e delle lesioni e la promozione e la manutenzione della

tra i compiti più antichi del medico e un obiettivo tradizionale della medicina. Per una serie di ragioni, però, la medicina contemporanea in tutto il mondo non soddisfa adeguatamente questo obiettivo»[39]. Emerge quindi un invito alla classe medica ad adoperarsi per una maggiore educazione sulla gestione del dolore e sulle cure palliative, secondo un approccio più olistico nei confronti del dolore e della sofferenza, che consideri il paziente come un essere allo stesso tempo complesso e unico.

Posto che il sollievo del dolore e la riduzione della sofferenza a cui esso conduce rappresentano un valore etico, riflettendo sulla riscoperta della dimensione spirituale, il teologo Henri Nouwen fa riferimento alla consapevolezza del sentirsi "spezzato". Il dolore tocca ogni individuo non certo come un "imprevisto" della vita ma col significato profondo di una incrinatura, più o meno profonda, della unicità della persona. Tuttavia, il modo in cui viviamo la sofferenza ed il dolore rivelano qualcosa di unico e totalmente personale del nostro essere[40] ed è proprio nella capacità di entrare nel dolore e di sottoporlo alla luce della "benedizione" (altra categoria nouweniana) che è possibile ritrovare il sentiero della vita[41]. «Figlio, non avvilirti nella malattia, – si legge nel libro del *Siracide* – ma prega il Signore ed egli ti guarirà. Fa' poi passare anche il medico – Il Signore ha creato anche lui – non stia lontano da te perché ne hai bisogno. Ci sono casi in cui il successo è nelle loro mani»[42].

San Tommaso definisce la "persona" come ciò che vi è di più perfetto in tutta la natura[43]. Perfezione non significa tuttavia immunità o immortalità.

---

salute; il sollievo del dolore e della sofferenza causati da malattie; la cura e la cura di coloro che hanno malattia e la cura di coloro che non possono essere curati; l'evitare la morte prematura e la ricerca di una morte pacifica. Cfr. *The Goals of Medicine: Setting New Priorities,* «The Hastings Center Report», 6/1996.

39 J. E Cassel, *Relief of Pain and Suffering: The Person in the Goals of Medicine*, cit., p. 245.

40 H. Nouwen, *Sentirsi amati* (1992), Queriniana, Brescia 2017, pp. 72 sgg.

41 *Salmo* 15 (16).

42 *Siracide* 38, 9.12-13.

43 La persona è un sussistente razionale, cioè un ente che ha l'atto di essere e sa di averlo (o ha la capacità di saperlo). Orbene se l'atto di suo già vive in tensione, nella persona questo tendere sarà consapevole e quindi pienamente soggettivo. Libertà è proprio questa soggettività dell'essere (soggettività non nel senso di riduzione dell'essere a essere di coscienza del soggetto, ma appartenenza dell'essere al soggetto). Vedi: P. Cantoni, *Persona e relazionalità in san Tommaso d'Aquino: aspetti filosofici e teologici*, <http://www.opusmariae.it/wp-content/uploads/2013/02/Persona-e-relazione-in-san-Tommaso.pdf>.

La perfezione a cui si riferisce l'Aquinate può tradursi con "completezza", alla stregua di quanto Cristo stesso afferma nel vangelo di Matteo ove invita i discepoli ad essere *teloi* così come lo è il Padre celeste[44]: completi nella finitezza di una umanità che scopre proprio nella fragilità, una nascosta ricchezza perché custodita dalle mani di Dio Padre.

Non si tratta solo delle fragilità fisica ma delle tante forme di debolezza psicologica oltreché fisica, che segnano inevitabilmente la condizione umana dell'uomo post-moderno: un uomo in "crisi", che vive la malattia come un vulnus rispetto all'idea del sé "in salute".

Affrontare il tema della malattia e della relazione tra essa ed il paziente, significa posare lo sguardo sulla questione che interroga l'uomo da sempre: perché la sofferenza? Quale significato dare a questo "intruso" che provocatoriamente sfida l'equilibrio della creatura "perfetta"? «L'uomo soffre – scriveva Giovanni Paolo II nella *Salvifici doloris* – a motivo di un bene al quale egli non partecipa, dal quale viene, in un certo senso, tagliato fuori, o del quale egli stesso si sente privato [...]la sofferenza – scriveva ancora papa Wojtyla (che testimoniò sulla propria carne questa catechesi della sofferenza) – è qualcosa di ancora più ampio della malattia, di più complesso ed insieme ancor più profondamente radicato nell'umanità stessa»[45]. Anche in questo senso la relazione medico-paziente, la relazione di cura, si svolge in chiave dialogica e talvolta dialettica, indotta tanto dal paziente quanto dal medico. Un dialogo socratico non solo fra i due protagonisti del rapporto di cura ma fra questi ed il mistero della sofferenza e della morte: l'"antica ferita" infatti interroga l'uomo ma lo porta anche ad aprirsi, ad ascoltare, ad oltrepassare il muro della materialità (e del materialismo) legato all'ineluttabile ciclo vitale per aprirsi all'Altro, a Colui che dà la vita. In questo contesto, la fede è e rimane un dono soprannutale che, tuttavia, non può essere escluso o disatteso nel percorso terapeutico.

Cristo ha rivoluzionato radicalmente, una volta per tutte, il senso della malattia e della morte. La Risurrezione sconfigge la morte, ma anche la malattia perde quel significato di colpa inflitta da Dio all'uomo colpevole. Nel celebre episodio evangelico della torre di Siloe, Gesù ricusa ogni interpretazione "colpevolista" dei

44 *Matteo* 5, 43-48.

45 Giovanni Paolo II, Lettera apostolica *Salvifici Doloris* (1984), 5 <https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/apost_letters/1984/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris.html>.

farisei («[...] quei diciotto che morirono schiacciati sotto la torre di Sìloe, pensate voi che fossero più colpevoli di tutti gli altri abitanti di Gerusalemme?»[46]). D'altra parte, l'insegnamento di Cristo va ben oltre la pura analisi epistemologica. Le guarigioni compiute nella sua missione pubblica passano sempre attraverso la conversione del cuore o mediante la professione di fede nel Figlio di Dio. «Che cosa è più facile, dire – domanda provocatoriamente Cristo agli scribi e ai farisei – *Ti sono rimessi i tuoi peccati*, o dire: *Alzati e cammina*?»[47]. Quale insegnamento trarne nel rapporto medico-paziente? La salute passa attraverso la comprensione, ossia, in altre parole, il processo di cura significa coinvolgere ed accogliere l'uomo nella sua completezza. La malattia o la disabilità non privano l'uomo del proprio valore inalienabile di persona *imago Dei*[48]. Al contrario, dietro il salutismo ed il vitalismo imperanti in questa epoca sembra nascondersi proprio questo approccio sottilmente superomista. Eloquente è la dissonanza fra tecniche mediche sempre più sofisticate[49] ed il mondo della sofferenza (o la sofferenza del mondo) così presente nell'esperienza e nella percezione comune: una lotta senza soluzione di continuità fra l'uomo e la malattia.

«Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati; non sono venuto per chiamare i giusti, ma i peccatori»[50]. Lo annuncia il Signore ai Discepoli per avvicinarli al senso profondo della Sua missione salvifica. I Vangeli sono costellati di episodi di risanamento esteriore congiunti, assai spesso, da una rigenerazione interiore del soggetto malato, a testimoniare il legame profondissimo tra il mondo della interiore ed esteriore della persona. Il legame di psiche e corpo della cultura greco-latina *mens sana in corpore sano*, assunto dal cristianesimo, tenta di saldare anche un altro binomio, *fiusis/nomos*, legge naturale e legge positiva. La bioetica e, più in generale, l'ars medica rappresentano uno dei terreni di elezione per l'espressione concreta delle dinamiche di questi complessi rapporti[51].

46 *Luca* 13, 4.
47 *Luca* 5, 23.
48 L'eugenetica e l'eutanasia non sembrano affatto riconoscere tale valore ma al contrario paiono legati ad una visione efficientistica ed utilitaristica della vita.
49 Distingueremo tra "tecniche mediche" in senso neutro e "tecnomedicina" come assolutizzazione ideologia delle prime.
50 *Marco* 2, 17.
51 «Occorre nell'epoca contemporanea, rinsaldare l'unità ontologica tra corpo e persona che ha subito strappi molto forti e che proprio sul piano bioetico mostra i suoi frutti più deprecabili» (M.L. Di Pietro – D. Moltisanti, *Sul concetto "dignità"*, in *Scritti in onore di Elio Sgreccia*, cit., p. 143).

6. La cura come intervento di speranza

Non è questa la sede per una ricognizione, nemmeno superficiale, sul significato dell'esistenza umana nella filosofia del Novecento. Indubbiamente, in particolar modo con la diffusione sul piano filosofico dell'esistenzialismo, la riflessione sui temi della finitezza umana, dell'angoscia, della insensatezza, della vita-per-la-morte, probabilmente e quasi per reazione, – come abbiamo già notato – ha condotto a due radicalizzazioni opposte: il nichilismo della medicina "supererogatoria"[52] ovvero, il suo opposto, il vitalismo insaziabile ed ingenuo proteso all'eterna giovinezza. La speranza cristiana spezza questo nodo gordiano che impedisce a paziente e malato di entrare in un rapporto "sano" con il proprio status psico-fisico. È nella speranza che si gioca questo rapporto. Marcel distingue in proposito: lo *sperare che* o *sperare in* (*espoir*) e lo *sperare* tout court (*espérance*). Nei primi due casi il paziente, pur confortato da questo sentimento, rischia di ingaggiare aspettative tali da "pretendere" qualcosa in cambio di un miglioramento della disposizione d'animo. La speranza pura non chiede e non pretende, ma si affida, cioè ripone nelle mani di un Altro la propria vita ed il proprio destino. Non solo. La speranza interpreta il dolore all'interno di un rapporto di amore con Dio che si traduce in fatti e incontri. San Tommaso, riflettendo sull'etimologia di *expectare* ne ricostruiva la provenienza[53] da *ex alio spectare*, ossia attendere il soccorso altrui per la conquista di un risultato altrimenti impossibile[54].

Cosa c'è di più impossibile, ossia che-lascia-senza-potere, della sofferenza? Eppure, in ultima analisi, è sempre valida la nota riflessione di Victor Frankl: «La maggior preoccupazione dell'uomo non è la ricerca del piacere o il tentativo di evitare il dolore, ma la comprensione del senso della sua vita. Ecco perché l'uomo è perfino disposto a soffrire, a condizione però di sapere che le sue sofferenze hanno un significato»[55].

«Cos'è mai il medico per il malato – si chiede Laín Entralgo nel suo *La espera y*

52 M.T. Russo, *La relazione medico-paziente*, cit, p. 112. Un medico inteso come un distributore automatico di prescrizioni, il primo, ovvero eterno Dorian Gray, il secondo.

53 Cfr. F. Riva, *Malattia, terapia e sofferenza. Gabriel Marcel e la Narrative Medicine*, Rivista di Filosofia Neo-scolastica, 2/2021, pp. 397-433.

54 Cfr. P. Laín Entralgo, *La espera y la esperanza*, Revista de Occidente, 1957, p. 84.

55 V. E. Frankl, *L'uomo in cerca di senso.* Uno psicologo nei lager *e altri scritti*, FrancoAngeli, Milano 2017, p. 127.

la esperanza – se non un uomo esperto nell'arte di rendere possibile, di dilatare e di migliorare le infrante speranza terrene di costui? Qualsiasi riflessione sul compito di curare dovrà tener conto, se aspira ad essere profonda, di questa condizione di "dispensatore di speranza" che distingue e nobilita il medico»[56]. Non si tratta di filantropia o benevolenza da parte del medico, né di una interpretazione soggettiva dell'attività clinica, bensì proprio di una delle due componenti fondamentali della funzione medica. Non spetta certo al clinico dare fondamento alla speranza del paziente; tuttavia, non si può negare che i segni della provvidenza passino per il "tocco" dell'uomo, di quel medico che, entrando in relazione con il fratello, si lascia coinvolgere dallo stesso anelito di eternità a cui la speranza (cristiana) apre lo sguardo del *leb* biblico[57].

> La Speranza è una bambina da nulla.../Questa bambina da nulla. /Lei sola, portando le altre, che traverserà i mondi compiuti. È lei, quella piccina, che trascina tutto.../ Perché la Fede non vede che quello che è./E lei vede quello che sarà. /La Carità non ama che quello che è./E lei, lei ama quello che sarà. Dio ci ha fatto speranza[58].

È Charles Peguy, con la sua proverbiale delicatezza e profondità, che descrive la speranza cristiana, sulla scorta, probabilmente, dell'affermazione paolina, *spe salvi facti sumus*. Ad essa si associa la perseveranza, che unisce nella traduzione dal greco due diversi usi presenti nel Nuovo Testamento: quello del verbo greco *hypomèno*, alla lettera «rimanere o stare sotto»[59], usato talvolta come «rimanere indietro»[60]; e l'accezione, in assonanza con il sostantivo *hypomonè*, con il significato di «tener duro; perseverare; rimanere saldo»[61] ovvero perseveranza coraggiosa, salda e paziente, che non si perde d'animo di fronte agli ostacoli e alle persecuzioni: «Noi ci vantiamo anche nelle tribolazioni – scrive San Paolo per incoraggiare la comunità

56 P. Laín Entralgo, *Prologo* in *La espera y la esperanza*, cit., p. 10.
57 «Per la Bibbia il cuore è una realtà più ampia, che include tutte le forme della vita intellettiva, tutto il mondo degli affetti e delle emozioni, nonché la sfera dell'inconscio in cui affondano le radici tutte le attività dello spirito» (M. Cocagnac). Sede della volontà, delle decisioni e dell'etica. Il cuore è, dunque, espressione anche della cosciente determinazione e dedizione della volontà. Cfr. G. Ravasi, *Cuore di carne*, <http://www.pozzodigiacobbe.it/Home/Il_Cuore_del_sito/CuoreDiCarne.html>.
58 C. Peguy, *La speranza bambina*, in *Il portico del mistero della seconda virtù*, Medusa, Milano 2014.
59 *Luca* 2,43.
60 *Atti* 17,14.
61 *Matteo* 24,13.

di Roma – ben sapendo che la tribolazione produce pazienza, la pazienza una virtù provata e la virtù provata la speranza. La speranza poi non delude, perché l'amore di Dio è stato riversato nei nostri cuori per mezzo dello Spirito santo che ci è stato dato»[62].

7. La dimensione identitaria del paziente

Tra le altre definizioni di antropologia medica, una in particolare incrocia il rapporto medico-paziente in quell'area «di concetti e di valori cui fanno riferimento i problemi della persona umana sana o malata, vista nella sua interessa o globalità. In particolare, trovano posto in quest'area le problematiche legate agli eventi cruciali dell'esistenza umana – nascita, malattia, invecchiamento, morte – e quelle inerenti alla relazione interpersonale del curare o prendersi cura»[63]. Si tratta di un campo d'azione molto ampio perché si concentra sulla «natura dell'uomo e del suo destino, del suo posto nel mondo e del suo ruolo nella società». Ed è proprio in forza di questa vocazione a coinvolgere la persona in tutte le sue manifestazioni che l'antropologia gode di una «precomprensione unificante di ciò che significa uomo»[64].

Orbene, riprendendo alcuni concetti espressi in precedenza in merito al rapporto tra la filosofia e l'antropologia, è ormai acclarato che tali discipline abbiano offerto o continuino a dare un contributo fondamentale in questo percorso di ridefinizione del paradigma clinico, superando la presunta divaricazione e autonomia fra sapere scientifico e sapere umanistico. Questo dialogo fra saperi (soprattutto laddove quello scientifico si ferma dinnanzi al mistero della malattia e della sofferenza) è fondamentale proprio in campo biomedico per un «supplemento di anima»[65], che riscopra la persona *imago Dei* al centro dell'*ars medica*.

Sull'uomo e la sua natura il cristianesimo – come già ampiamente argomentato

62 *Lettera ai Romani* 5,3-5.
63 G. Cosmacini – G. Gaudenzi – R. Satolli (a cura di), *Antropologia medica*, in *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, Torino 1996, pp. 38-39.
64 M.T. Russo, *La ferita*, cit., p. 18.
65 Per usare un'espressione e un concetto caro a Giovanni Paolo I sin dall'inizio del suo pontificato (cfr. *Radiomessaggio del 27 agosto 1978*, https://www.vatican.va/content/john-paul-i/it/messages/documents/hf_jp-i_mes_urbi-et-orbi_27081978.html)

– pronuncia una parola chiara: l'uomo è corpo, anima e spirito[66]. L'armonia, così come l'alterazione di una delle sue componenti, coinvolge la "uni-totalità" dell'individuo. Orbene, fermo restando che il concetto di anima (*psyche*) deriva direttamente dalla cultura classica all'interno di un rapporto circolare con il corpo (*soma*), nel cristianesimo Dio-Amore si fa carne (*sarx*) e l'uomo, già *imago Dei*, diviene pienamente *persona*. L'uomo, quindi, è una unità delle sue componenti fondamentali riassunte e consacrate dal concetto cristiano di persona. È però il corpo ad essere coinvolto inizialmente nella malattia: «La semiotica insegna che il corpo è nel segno ed il segno a sua volta sta nel corpo»[67]. Nella storia della medicina il corpo ha "parlato" al medico inizialmente con il linguaggio della vita o della morte e solo recentemente ha interessato anche gli altri sensi: questo corpo «potenza di potenze, ossia condizione di qualsiasi altra possibilità, ma anche motivo di fragilità e vulnerabilità, fino all'impotenza assoluta della morte»[68].

Solo nell'uomo è possibile riflettere sulla corporeità attraverso la quale passano le percezioni e le sensazioni, il cui reticolato forma ciò che viene abitualmente definita la "biografia" del paziente: non una semplice elencazione di fatti e sensazioni bensì la loro elaborazione ed interpretazione da parte dell'io che riflette sul proprio stato di salute. È questo io personale a definire la componente antropologica della dignità della persona-malata. Il binomio inscindibile fra queste due componenti (la metafisica e la antropologica) dovrebbe scongiurare dai due pericoli maggiori e opposti che si annidano nel rapporto fra uomo e malattia: la negazione o l'evitamento del tema "malattia" dall'orizzonte umano ovvero, all'opposto, la difesa di un malinteso senso dell'autonomia soggettiva (del tipo "giù le mani dal mio corpo"), a cui potrebbe rispondere la medicina con un uguale e contrario *laissez-faire* nei confronti del malato (del tipo "non mi immischio").

Dov'è la cura in questo contesto? Ma soprattutto cos'è l'altro in questo scenario? Per certo, la caratteristica fondamentale della persona è la consapevolezza del proprio possesso (oltre a dire "io sono me stesso" posso affermare "io sono mio") e

66 *Prima Lettera ai Tessalonicesi* 5, 23.

67 G.S. Rigo – G. Armocida, *Corpi a confronto: medico e paziente*, in S. Balbi – G. Tomei (a cura di), *Il corpo distante*, Insubria University Press, Varese 2010, p. 33.

68 M.T. Russo, *Così lontano, così vicino. Una lettura antropologica del corpo del malato*, in S. Balbi – G. Tomei (a cura di), *Il corpo distante*, cit., p. 39. Si veda in proposito la distinzione di Husserl tra corpo-fisico e corpo-vivente (E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologic*a, Einaudi, Torino 1965, pp. 530-540).

l'identità del malato passa attraverso il riconoscimento della sua unicità e "sacralità" che sul piano pratico può tradursi, ad esempio, nel diritto ad essere "toccato": un tocco fisico ma anche trascendente – sempre Entralgo – che diviene terapeutico, in certo senso, perché trasmette rispetto, empatia. C'è un diritto alla singolarità e alla riservatezza nei confronti del dolore che, per un apparente paradosso, trova applicazione nel momento del contatto tra medico e paziente.

Una lacerazione inferta al corpo ha riflessi sul piano psichico allo stesso modo in cui una patologia che interessa il sistema nervoso o la psiche produce sovente manifestazioni di tipo somatico. Il malato vive questo allontanamento dalla propria corporeità e la dicotomia tra corpo e mente quando si sente deprivato di quell'anelito di libertà, di vita e di "risurrezione", acclarato dall'approccio bio-psico-medico.

«Tratta il paziente come persona», questo tradizionale ammonimento rivolto ai medici risulta sovente retorico e nella pratica disapplicato piuttosto che un principio concretamente declinato in prassi medica. Ciò in parte può non sorprendere, se si pensa alle diverse e variabili matrici culturali su cui si è appoggiata l'evoluzione della conoscenza in medicina, che nel tempo ha incorporato anche altre "arti" quali la filosofia, la sociologia e la teologia.

«Il paziente ha quasi sempre paura, sebbene con diversa intensità, e si trova nelle tenebre e nell'ignoranza. Va dal dottore, che sa. Il paziente – si legge in un noto studio degli anni Sessanta – ha inoltre paura del futuro ed attende di essere confortato. Spesso soffre e spera che le sue sofferenze vengano alleviate. I pazienti devono affrontare il fatto che sono malati, ossia temporaneamente o forse definitivamente invalidi. Certi sono veramente riconoscenti quando il medico li autorizza, per così dire, ad essere malati; altri provano un profondo rancore»[69]. Ammettendo pure che il disturbo cronico o grave segua un percorso logico (consapevole o inconscio) ed emotivo piuttosto simile a quello descritto da Balint, la ricostruzione complessiva dell'identità del paziente risente indubbiamente del tempo trascorso dalla sua pubblicazione: l'informazione medica, molto diffusa sui mezzi di comunicazione – specie sul web – ma non sempre scientificamente corretta, ha accresciuto notevolmente la cultura medica dell'uomo comune[70].

69 M. Balint, *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1961, pp. 294-295.

70 Non è infrequente che il paziente giunga dinanzi al medico con autodiagnosi fai-da-te! Ma su questo aspetto non intendiamo soffermarci in questa sede rinviando, almeno per una ricognizione sui numeri della medicina fai da te in Italia a: C. Panci, *La magia di Internet aiuterà la nostra*

8. Il paziente come soggetto altro da sé

C'è un dato rilevante e ineludibile, almeno nella interpretazione che Edith Stein fornisce dell'empatia: «Il mondo in cui vivo non è solo il mondo di corpi fisici, è anche un mondo di Soggetti estranei, oltre a me»[71]. Applicato al rapporto medico-paziente ciò significa, per un verso, che nessuno potrà mai veramente comprendere il senso profondo del mondo interiore dell'altro (prevalentemente il paziente, considerato che è questi il soggetto-oggetto richiedente cura) ma, al tempo stesso, che è proprio nella consapevolezza di questo senso di alterità che paziente e malato, ciascuno dalla propria parte, non possono non "incontrarsi/scontrarsi". La scelta della polarità di questo confronto determinerà, sempre sulla scorta del pensiero della Stein, l'empatia nell'«essere a disposizione, il farsi capaci dell'altro uomo, [...] un essere a disposizione che ha la sua radice nella struttura ontologia e cognitiva dell'essere umano»[72].

Il rapporto io-altro può essere interpretato in chiave di dominio, subalternità o parità: nella dinamica medico-paziente potrebbe tradursi nell'annullamento della personalità e delle istanze del paziente di fronte all'io del medico che, coscientemente o meno, si impone sul malato; ovvero può verificarsi il caso che sia il paziente stesso a lasciarsi totalmente conquistare dal medico-taumaturgo. Ricorrendo ancora una volta al pensiero di Laín Entralgo rispetto all'evoluzione teorica del concetto di alterità, il medico e pensatore iberico scriveva nel 1961 in *Teoría y realidad del otro*: «Vivir con lucidez este trance — déjeseme utilizar de nuevo el gran acierto verbal de Unamuno — consiste en sentir dramáticamente que el hombre es nos-otro y nos-uno»[73]. L'altro può essere "objecto", "persona" o "prossimo". Troppo spesso il rapporto medico-paziente è stato visto in chiave oggettivo-strumentale, senza particolare differenza fra i due attori: entrambi, infatti, possono impostare in questa chiave i loro rapporti secondo un mero rapporto di scambio.

L'allontanamento del medico dal paziente riflette anche lo sguardo della scienza che, allo scopo di mettere a fuoco aspetti sempre più microscopici della malattia, rischia di perdere di vista – come abbiamo già visto – la persona malata.

---

salute?, «Bollettino d'informazione sui farmaci», 5/2007, pp. 251-254.

71 E. Stein, *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 1985, p. 70.

72 G. Venuti, *Il rapporto paziente-medico: la capacità di essere-con*, in M.G. Furnari (a cura di), *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005, p. 94.

73 P. Laín Entralgo, *Teoría y realidad del otro*, II, «Revista de Occidente», 1968 (1961), p. 400.

Tale ribaltamento concettuale che è stato definito come la rimozione del soggetto (Spinsanti) produce come effetto che la giusta battaglia contro la malattia prevalga rispetto all'unità psico-fisica della persona malata.

9. Il paziente come "soggetto alla ricerca della compassione"

Aristotele scrive nella *Retorica*: «La compassione è una sorta di disagio a un apparente male, distruttivo o disturbato, che accade a qualcuno che non lo merita e che si potrebbe aspettare di accadere a se stessi o ad uno vicino a noi»[74].

Sulla scorta dell'affermazione aristotelica alcuni autori (come Martha Nussbaum)[75] descrivono la compassione come un'emozione rivolta ad un'altra sofferenza o sfortuna, sulla scorta di un'esperienza sperimentata: che non sia banale, ma grave; che sia indebita; e che potrebbe accadere a se stessi o ad uno dei propri cari. Da parte sua, Rousseau forniva una interpretazione ancora diversa del concetto come limite all'egoismo, perchè muove l'individuo verso l'altro in difficoltà, garantendo così la "conservazione della specie". Si tratta di una tendenza naturale ad una risposta affettiva all'altrui dolore, collegando la sensazione all'azione verso il malato, tesa a sollevarlo dall'afflizione[76].

Nella compassione roussoviana la pietà è un atteggiamento strettamente connesso alla compassione – in quanto coinvolge la consapevolezza di un'altra sofferenza – ma non si sovrappone ad essa poiché la pietà trova l'altro su un terreno morale o psicologico. Inoltre, la pietà non può essere connessa ad alcuna inclinazione verso un coinvolgimento positivo per il sofferente. La compassione è quindi legata più strettamente, piuttosto che alla pietà in sé, al rispetto nei confronti del malato. Ed è proprio in virtù del suo stretto legame con il rispetto, la compassione – e non la pietà – ha un ruolo cruciale nella concezione appropriata del buon medico. La comprensione della compassione, quindi, è simile ma anche distinta dall'empatia. L'empatia può essere inquadrata, infatti, come un impegno emotivo grazie al quale si arriva a fianco dell'altro, ma mentre l'empatia,

74 Aristotele, *Retorica*, 2.8, 1385b13-16.
75 Vedi di M.C. Nussbaum: *L'intelligenza delle emozioni*, il Mulino, Bologna 2009; *La fragilità del bene: fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca*, il Mulino, Bologna, 2004.
76 J.-J. Rousseau, *Discorso sull'origine e i fondamenti della disuguaglianza fra gli uomini*, in *Discorsi*, Rizzoli, Milano 1997, *passim.*

in una certa misura, conduce ad una fusione tra i due soggetti, nella compassione rimane la distinzione. Il medico compassionevole non ha bisogno, per esempio, di piangere insieme a un paziente o comunque cercare di unirsi a lui, ma si sente mosso dal dolore del paziente e, da questa sensazione, cerca di contribuire ad alleviarne la sofferenza.

Se il medico stesso non può liberare il paziente dalla sofferenza, la compassione richiede che operi diligentemente per trovare la terapia o la strategia di cura più adatta. Una delle definizioni più celebri di Entralgo relativamente alla funzione del medico ovvero a ciò cui l'ars medica dovrebbe tendere è: «afable donacion de ayuda tecnica al semejante enfermo»[77], un aiuto ad un altro me stesso che tuttavia non può sfociare nella perdita di lucidità. D'altra parte, un atteggiamento pregiudizialmente guardingo del medico nei confronti di colui che accusasse un dolore, un malessere, una lacerazione della propria integrità psico-fisica, violerebbe l'obbligo di fornire assistenza medica adeguata.

La strada per la comprensione del dolore e per la sperimentazione delle tecniche curative passa attraverso l'umiltà ed il riconoscimento dell'*altro-me* sofferente. Autorevoli studi hanno dimostrato che non è un percorso condiviso e accessibile a qualunque clinico. La mancanza di compassione espone ad offese verso la dignità e la salute psicologica del paziente ma anche a scarse decisioni tecniche con conseguenze potenzialmente disastrose. È nella figura del medico compassionevole[78] che ritroviamo le caratteristiche proprie della *pietas* latina e cristiana.

In conclusione, è comune che si definisca "buono" un soggetto in base al livello di compassione con cui questi svolge la propria funzione nei confronti dei propri *stakeholders* (il buon genitore, per esempio, nei confronti dei suoi figli; il buon sacerdote verso i parrocchiani, etc.). Si tende invece ad ignorare la

77 P. Laín Entralgo, *La parabla y el silencio del medico*, in *Ciencia, técnica y medicina*, Alianza, Madrid p. 239.

78 In uno studio condotto in un importante ospedale israeliano, Shimon Glick e i suoi colleghi hanno scoperto l'identikit del "medico compassionevole empatico". Rispetto alla media del personale medico questi tende ad essere più giovane e con un basso livello di ansia. Questa tipologia di medici aveva sviluppato anche atteggiamenti meno stereotipati nei confronti dei pazienti, ed una maggiore propensione a consultare altri medici. Essi hanno più spesso riferito di aver una rilevante vita spirituale. Cfr: A. Jotkowitz – S. Shvarts (a cura di), *Autonomy, Altruism and Authority in Medical Ethics: Essays in Honor of Professor Shimon Glick,* Nova Science Publishers, Hauppauge (NY) 2015.

compassione nella selezione dei nostri medici, considerando questo tratto come una funzionalità accessoria e non un requisito fondamentale di cura. Il fatto che un medico sia un individuo compassionevole non è un plus non essenziale bensì il nutrimento dell'arte medica e la connotazione decisiva di un processo virtuoso che coinvolge il paziente nella scelta e nel "gradimento" del medico.

10. Conclusione: comprendere, compatire, condividere

La pandemia da Covid-19 ha riportato all'attenzione dell'opinione pubblica, oltreché della comunità medico-scientifica, la centralità del rapporto umano tra medico e paziente ma anche le maggiori difficoltà di comunicazione, verbale e non verbale, tra i due protagonisti del piano di cura[79]. Il contatto si è spesso è ridotto al minimo, all'interno di un contesto in cui «il curante finisce con rappresentare l'unico e forse ultimo punto di contatto della persona malata con il mondo, sia fisico che degli affetti è [...] l'unica relazione possibile a cui affidare i pensieri, le preoccupazioni, le paure e le angosce, ma anche i loro desideri e loro volontà e talvolta pure una richiesta di senso e di significato»[80]. D'altro canto, la pandemia ha proprio evidenziato «il limite ed i limiti; il limite della oggettiva condizione umana, della sua finitezza e i limiti della scienza e della medicina che si trovano ora ad operare in una condizione di incertezza di fronte ad una situazione nuova in assenza di certezze»[81].

In precedenza, abbiamo sottolineato come uno degli esiti indiretti del primo conflitto mondiale è stata l'affermazione che non esistesse un mondo puramente oggettivo. Il soggetto, la persona tornava, così, al centro della scena scientifica: in

79 «La comunicazione medico-paziente, come sappiamo, si basava in buona parte su quella non verbale e in questo momento le nuove barriere impongono una grande riduzione di questa comunicazione non verbale. E anche quella verbale, cioè l'eloquio, viene stravolta moltissimo, perché la tonalità di voce diventa monotonale e con una mascherina diventa difficile parlare, comprendersi, sia da parte del medico sia da parte del paziente». Cfr. *Qualità della comunicazione medico-paziente ai tempi del Covid-19*, La Stampa, 22 ottobre 2020 <https://www.lastampa.it/scienza/2020/10/22/news/qualita-della-comunicazione-medico-paziente-ai-tempi-del-covid-19-1.39447718/>.

80 P. Trenta, *La relazione medico paziente in tempi di covid-19*, «Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine», Vol. 3, Speciale Covid19 <https://simedet.eu/wp-content/uploads/2020/04/La-relazione-medico-paziente-in-tempi-di-covid-19.pdf>.

81 *Ibidem.*

ciò consiste il processo di umanizzazione della scienza; e la medicina è una scienza dell'uomo nella sua totalità[82].

Analogamente, la pandemia da Covid-19 ha confermato – con la crudezza dell'evidenza quotidiana oltreché dei numeri – la necessità di una svolta personale ed umanizzante della medicina, dalla diagnostica alla curativa. E ciò può avvenire mediante una reintroduzione delle virtù umane. In tal senso, si è parlato di una medicina ecologica e personalizzata ove il paziente è *persona* (in senso etico-morale) e protagonista, assieme al medico, di quella "alleanza" terapeutica sostenuta dai fautori del cosiddetto approccio personalistico alla cura, anche nel campo della terapia del dolore e delle cosiddette cure palliative.

Nel corso delle epoche abbiamo visto come si è passati da una concezione paternalista (genitoriale o sacerdotale) del medico a forme sempre più vicine a dinamiche di tipo contrattualistico (chiamate anche informative o scientifiche): dal medico-sacerdote, al quale il paziente affida ciecamente la propria esistenza, al suo opposto, il medico erogatore di servizi quanto più accurati possibile, uno specialista dinanzi al quale il paziente/consumatore esercita un ruolo sempre più crescente. Quindi, se il medico galenico seguiva la teoria degli umori ed il medico scienziato dell'Ottocento adottava il metodo sperimentale, il medico contemporaneo è in grado di ricondurre le malattie ad un difetto del corredo genetico, così da prevederne l'insorgenza con anni di anticipo. Non meno evidenti sono le differenze sul piano terapeutico: dal ricorso ai salassi la terapia medica è giunta ai vaccini, agli antibiotici e all'ingegneria genetica. Cionondimeno, in modo singolare, alcune interpretazioni distorte del rapporto medico-paziente non sembrano tramontare nel corso del tempo, semmai cambiano di forma: infatti, mentre il paternalismo poteva conservare alcuni caratteri di umanità derivanti dal rapporto interpersonale (sebbene sproporzionato a favore del medico) e da una piattaforma di valori condivisi (pur impliciti), l'approdo contrattualista, impoverendo di umanità i soggetti coinvolti, riduce l'empatia e mantiene il rapporto su un sinallagma efficientista. Il medico, nella definizione di Jaspers, passa dall'essere un soggetto impersonale all'interno di una collettività ad una figura individualisticamente impersonale, assumendo i caratteri del tecnico che la società elegge a rappresentante della salute pubblica[83].

82 Cfr. F. Lopez, *Il pensiero olistico di Ippocrate*, Edizioni Pubblisfera, San Giovanni in Fiore 2008.
83 K. Jaspers, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., pp. 47-48/115.

Il salto di qualità, notevolissimo ed evidente sul piano dell'efficienza e dell'efficacia dei mezzi terapeutici, non trova un analogo riscontro sul versante dell'etica applicata: dall'antichità greco-romana fino ai nostri giorni sembra evaporata l'urgenza da parte dei principali soggetti coinvolti nel processo di cura (medico, paziente, famiglia, etc.) di interpretare le pratiche mediche, ormai consolidate e per ciò stesso aventi un valore morale positivo, in chiave personalistica e partecipata. La resistenza al tramonto dell'approccio paternalistico è la cartina di tornasole di questa difficoltà di cambiamento. D'altro canto, nell'epoca della medicina globalizzata, sembrano essere "tecnica" e "qualità della vita" gli elementi distintivi e caratterizzanti il rapporto medico-paziente[84].

Fondamentale, in definitiva, è e sarà sempre di più l'affermazione (o il rifiuto) del cambiamento di ruolo da parte del paziente: da soggetto passivo a protagonista attivo del proprio stato di salute, soprattutto in un contesto mondiale ove l'informazione medica è (potenzialmente) sempre più accessibile a tutti e, giocoforza, medico e paziente sono chiamati a lavorare in partnership nella progettazione di politiche, sistemi e servizi per la salute, sempre più efficaci e, proprio questo, sempre più a misura d'uomo.

84 Per una recente ricognizione sui contenuti di una riflessione sulle nuove responsabilità dell'era tecnologica condotta dalla Pontificia Accademia per la Vita: F. Mastrofini – N. Valenti, *Curare la vita. Etica e tecnologie,* EDB, Bologna 2020.