

FIDUCIA NELLA MEDICINA, OGGI

Che nel rapporto di cura ci debba essere una relazione di fiducia non è una novità. In passato però la fiducia aveva un profilo diverso. Da parte del professionista sanitario riposava sull'impegno di orientare il proprio operato al bene del malato; nella versione più esplicita, prendeva forma nel giuramento - ippocratico o meno - di mettere i legittimi interessi del malato al di sopra di tutto. Il corrispettivo di questa dedizione era, da parte di colui che riceveva le cure, un affidarsi fiducioso. Una relazione che idealmente non aveva bisogno di parole. A questo affidamento ha dato voce Pirandello nella novella "La mano del malato povero". Fa dire al protagonista: "Sono stato tenuto dai medici in conto di malato intelligente. La noncuranza da parte mia di sapere di che male fossi afflitto è stata presa dai medici per fiducia nella loro scienza". Una fiducia che non esitiamo a connotare come un affidarsi di natura infantile. Ebbene, il ritorno alla fiducia del passato è inagibile nella nostra società. In molti ambiti abbiamo assistito a un espandersi di una pandemia di sfiducia; in quello sanitario, poi, è stata particolarmente devastante. Ormai *fiducia* sembra una parola antica, un sentimento riservato all'infanzia e connotato di ingenuità, il contrario della necessaria scaltrezza.

Il terremoto della fiducia sostanziato di abbandono ("Doc, nelle tue mani": è il titolo di una serie televisiva attuale, non so quanto consapevolmente critica nei confronti del modello di relazione che evoca) non riguarda solo il rapporto del singolo con il curante, ma mette in crisi anche il sistema di relazioni che vige all'interno della famiglia e degli intimi. Perché fino a un passato recentissimo la deontologia dei medici italiani prevedeva che il medico potesse valutare "l'opportunità di tenere nascosta al malato e di attenuare una prognosi grave o infausta, la quale dovrà essere comunque comunicata ai congiunti". Il malato quindi, qualunque fosse la sua età, poteva essere considerato come un bambino, al quale i familiari somministravano verità o bugie pietose, a seconda di ciò che ritenessero meglio per lui. Solo nel 1995 questa norma del codice deontologico è stata modificata, introducendo l'obbligo di informare il malato (e i familiari esclusivamente con il suo preventivo consenso) e solo nel 2017 la Legge 219: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" ha dato a questa informazione il profilo di una norma giuridica.

Su questo scenario si aprono tre percorsi. Il meno frequentato è il persistere in una fiducia infantile, fatta di affidamento nelle mani del curante. L'opzione più inflazionata è il ripiego su una diffidenza adolescenziale generalizzata ("A me non la fanno: so come stanno veramente le cose e non mi fido..."), estesa alla Scienza e alle misure di Sanità pubblica, ai professionisti della cura e al sistema stesso di tutela della salute. Solo che l'adolescenza, che scioglie la fiducia infantile in una sfiducia a tutto campo, ha un tempo determinato, mentre in questo caso può durare tutta la vita; e farsi progressivamente sempre più sistematica e non scalfibile. La terza via - la più difficile - è il cammino verso

una fiducia adulta. È questa la "diversa fiducia" auspicabile nei rapporti di cura. È un impegno di grande respiro, perché riguarda sia i rapporti individuali con il curante (a partire da domande come: "Questo medico rispetterà la mia volontà? Mi informerà correttamente o ripiegherà sul doppio registro: una cosa rassicurante detta a me e una raggelante ai miei familiari? Le cure saranno pensate "su" di me o "con" me? Se a un certo punto la misura per me sarà colma, verrò ascoltato?"), sia nei confronti del Servizio sanitario pubblico, che promette di essere di natura universalistica ("I miei bisogni di salute saranno tenuti in giusta considerazione, in tempi appropriati, o dovrò rivolgermi a servizi privati, se voglio salva la vita?").

La complessità del compito di costruire una diversa fiducia ci induce a immaginare che dobbiamo fare ricorso a due strategie complementari. Possiamo chiamarle *misure architettoniche* e *misure artigianali*. Le prime sono affidate alle strutture che tengono insieme la vita sociale e ci devono difendere da frodi, inganni e corruzione: compito della magistratura, dei NAS e dell'Agenzia Nazionale AntiCorruzione, cui è affidata la prevenzione e la repressione dell'illegalità nella pubblica amministrazione. La fiducia ha bisogno inoltre di essere architettonicamente difesa da un disegno delle responsabilità, che faccia anche diminuire l'incombere minaccioso delle cause legali. Una Medicina sicura deve esserlo, in primo luogo, per il professionista. Non può esercitarla se si sente continuamente sotto il ricatto di possibili denunce, qualora l'esito della cura non corrisponda ai desiderata di chi la chiede.

Le misure artigianali invece sono in mano ai curanti e ai cittadini e si giocano fondamentalmente sui rapporti interpersonali. Richiedono impegno da parte dei professionisti: pensiamo al tempo e alla dedizione necessari per fornire informazioni oneste alle persone che richiedono le cure, al rispetto della loro volontà e delle loro preferenze sui trattamenti che incidono su quantità e qualità della vita. L'impegno, in altre parole, a rinunciare a una Medicina "sordomuta", valorizzando la parola come strumento fondamentale della cura e la competenza comunicativa come dotazione indispensabile del terapeuta del nostro tempo. Le misure artigianali richiedono un serio impegno anche da parte dei cittadini: acquisire informazioni attendibili, discernendo quelle attendibili da quelle fasulle; optare per una partecipazione consapevole al percorso di cura; privilegiare le relazioni fatte di ascolto e interrogazione, narrazione e informazione recepitibile secondo i diversi livelli di cultura e di disponibilità psicologica al coinvolgimento. La diversa fiducia auspicabile richiede discernimento, perché non la si può dare a chiunque la pretenda. È una via stretta e in salita; ma è l'unica alternativa alla dissoluzione del tessuto sociale e soprattutto al legame che tiene insieme chi eroga le cure e coloro che le ricevono.

Sandro Spinsanti

Fondatore e direttore dell'Istituto Gianò
per le Medical Humanities e il Management in Sanità