

Tribuna



Rapporto medico-paziente nel trattamento del tabagismo

The relationship between doctor and patient in smoking cessation

Federico E. Perozziello

Riassunto

Il rapporto tra medico e paziente riveste dei contenuti culturali e linguistici specifici. Richiede una formazione apposita, che i giovani medici apprendono all'inizio della loro storia professionale e che in seguito non sottopongono più a revisioni e valutazioni critiche. La disassuefazione dal fumo costringe il terapeuta a ricorrere ad una interpretazione originale e individuale dell'essere umano che a lui si rivolge. Un modo di lavorare ed esercitare il proprio ruolo che necessita di comportamenti innovativi e originali, cui i medici non vengono di solito preparati, preferendo demandare il loro ruolo interpretativo del paziente ad altre figure professionali.

Parole chiave: *paradigma scientifico, complessità, medical humanities*

Summary

The relationship between doctor and patient is of specific cultural and language content. Young physicians are required to undergo a special training early in their professional career and not to go through any critical review and evaluation later on. Smoking cessation forces the therapist to turn to an original and very individual interpretation of the person that came to him. This way of working requires innovative and original means and behavior, for which doctors are not usually prepared, preferring to leave their interpretative role to other professionals.

Keywords: *scientific paradigm, complexity, medical humanities*

"... in un certo senso il medico rappresenta la professione emblematica, perché il suo compito non consiste nel "produrre", bensì nel prestare aiuto, facilitare all'essere vivente il ritorno in salute e il rientro nella vita. Il medico non potrà mai avere la completa illusione che caratterizza la capacità pratica e la produzione. Egli sa che nel migliore dei casi a trionfare non è lui stesso o la sua abilità, ma la natura sostenuta dal suo aiuto. Di fatto questa è la straordinaria posizione della medicina nel complesso della scienza. [...] La scienza medica è l'unica in fondo a non produrre nulla, ma a dover fare i conti espressamente con la prodigiosa capacità della vita di ristabilirsi ed equilibrarsi da sola. Il compito peculiare del medico consiste proprio nell'aiutare a conseguire il ristabilimento della salute ..." (Hans Georg Gadamer) [1]

Introduzione

La medicina per gli Antichi Greci era un'Arte, una parola che nella loro lingua si esprimeva con il vocabolo *Technè*, vale a dire una disciplina basata su di un insegnamento teorico e su di un corrispettivo pratico, che costituiva il punto di arrivo armonico dell'apprendimento. Un concetto di arte molto diverso da quello di occupazione legata all'aderenza a determinati canoni estetici e di origine spes-

so irrazionale, come in seguito è stata intesa. Secondo Aristotele, che era figlio del medico Nicomaco, il rapporto tra medico e paziente era nato come un'amicizia tra disuguali. La ricerca di un'unità d'intenti tra queste due persone per riacquistare o conservare la salute comportava uno sforzo per raggiungere dei fini comuni, i quali si giustificavano attraverso la convinzione dell'esistenza di un bene superiore unanimemente ritenuto tale e costituito dalla conser-

vazione della vita. Nessuna delle due parti in causa aveva a priori la misura identica di questo bene, ma una valutazione equilibrata si costituiva nel dialogo e si realizzava nel reciproco adattarsi dell'uno all'altro attraverso la conoscenza [2].

Si trattava di un'amicizia, ma era anche un incontro di esistenze e di esperienze. Anche se in Aristotele il rapporto del medico con il malato poteva definirsi all'origine squilibrato e asimmetrico, poiché al sapere e al *potere* del primo faceva da contrappunto la dipendenza del secondo, questa condizione veniva riequilibrata dai doveri che il medico responsabilmente assumeva su di sé, per garantire al paziente di essere adeguatamente curato. La medicina si presenta come una professione che combina la scienza e la conoscenza del corpo umano, un metodo scientifico condiviso per ottenerla e infine l'arte, la *technè*, per esercitarla. Il suo fine, come nel passato, continua ad essere l'affrontare i problemi della persona malata, curarla e dargli conforto. Sono stati fatti grandi progressi nella comprensione dei meccanismi patogenetici e delle basi molecolari delle malattie, come pure nelle indagini diagnostiche e nelle terapie, specie quelle contro le infezioni. Questi progressi sono stati ottenuti attraverso un passaggio da una *Scienza osservazionale e descrittiva*, basata sull'anamnesi e sull'attesa della possibile guarigione attraverso l'azione della natura, quale era la situazione prima dell'affermazione della moderna farmacologia, ad una *Scienza interventista*, figlia della filosofia positivista dell'Ottocento. Una scienza che ha affermato di poter cambiare in meglio la realtà del malato e che questo cambiamento fosse perfettibile in modo illimitato, necessitando solo di tempo e della disponibilità di maggiori risorse economiche e umane [3].



Federico E. Perozziello

La complessità del rapporto tra medico e paziente

Negli ultimi decenni si è passati da una scienza medica basata sull'esperienza professionale personale di un numero relativamente ristretto di studiosi, spesso isolati anche fisicamente in centri di ricerca lontani tra di loro, all'applicazione del riscontro legato ai grandi numeri. Sono nati in tal modo i *trial* clinici randomizzati su coorti considerevoli di pazienti, arruolati per la verifica dell'efficacia delle terapie. La globalizzazione economica del Secondo Dopoguerra ha visto affermarsi lentamente un modo di intendere la salute perseguito attraverso una politica planetaria condotta su di una scala sempre più vasta. Il ricco Occidente, spinto dalla necessità di dover erogare in modo razionale le grandi risorse necessarie al funzionamento dei suoi *Welfare State*, ha assistito compiaciuto e rassicurato all'affermazione della *Medicina Basata sull'Evidenza* (E.B.M.). [4,5] Si è trattato del trionfo di una modalità di studio essenzialmente statistica delle malattie e delle loro terapie. Padre di questa disciplina è stato un epidemiologo e clinico scozzese,

dalla vita avventurosa, ricca di molteplici esperienze: Archibald Leman Cochrane (1909-1988). Questa modalità operativa di valutazione dei risultati scientifici in medicina ha ispirato la formulazione di linee guida per la gestione delle patologie e dei comportamenti dei medici, una misurazione dichiarata come obbiettiva dell'efficacia terapeutica e della morbilità, una definizione più sicura della qualità di vita e degli *outcome* a beneficio del paziente, utilizzando per lo più il metodo logico induttivo, già

sottoposto a innumerevoli critiche per la sua inadeguatezza dalla moderna logica e dalla filosofia della scienza [6].

Si è venuta a costituire una griglia complessa di percorsi e di comportamenti, più o meno obbligati o suggeriti, ai quali il medico moderno ha dovuto attenersi al fine di ricevere una certificazione di attendibilità scientifica del suo operato da parte di organismi di controllo sociale, sanitario ed economico. Il medico è diventato così, suo malgrado, *un ordinatore di spesa*, i cui margini di libertà prescrittiva sono stati drasticamente ridotti. Nello stesso tempo è stata invece lasciata in disparte la necessità di valutare e migliorare l'abilità diagnostica e relazionale del sanitario basata sulla semeiotica tradizionale e con essa la capacità umana e tecnica di *visitare* il paziente ed entrare in empatia con lui. Forse perché si trattava di capacità individuali, queste ultime, che non potevano essere facilmente misurate in modo obbiettivo. Si è preferito allora farle apparire come non prevalenti o al più poco influenti, rispetto a quanto era stato previsto potesse essere offerto da parte dello stato e allo stesso tempo si poteva valutare, quantificare e retribuire.

Nonostante queste forzature e il disinteresse degli organi di gestione della sanità pubblica, il rapporto tra medico e paziente rimane però una relazione umana importante, che si basa sulla fiducia e sulla stima nel curante e che dipende da molti fattori legati all'incontro tra le personalità dei medici e quelle dei loro assistiti. La complessità del rapporto medico-paziente appare oggi esposta a molte influenze e queste risultano poco controllabili nel loro insieme, come mostrato dalla **figura n.1**.

Interagire con un fumatore comporta per il medico dover ricoprire un ruolo determinato in una relazione di aiuto. Il sanitario si trova ad operare attraverso una dinamica di *counselling*, come è stato ipotizzato dallo psicologo Carl Rogers (1902-1987). Nell'interpretazione rogersiana di questa dinamica, il modo più adeguato per aiutare una persona in difficoltà non sarebbe consistito nel dirle cosa fare, bensì nell'aiutarla a comprendere la propria condizione personale.

Questi elementi avrebbero reso la terapia del tabagismo molto differente dai processi decisionali consueti che si affrontano in medicina. Secondo l'antropologo Byron J. Good, la medicina permetterebbe di modificare la realtà della malattia e della cura articolandosi come un vettore

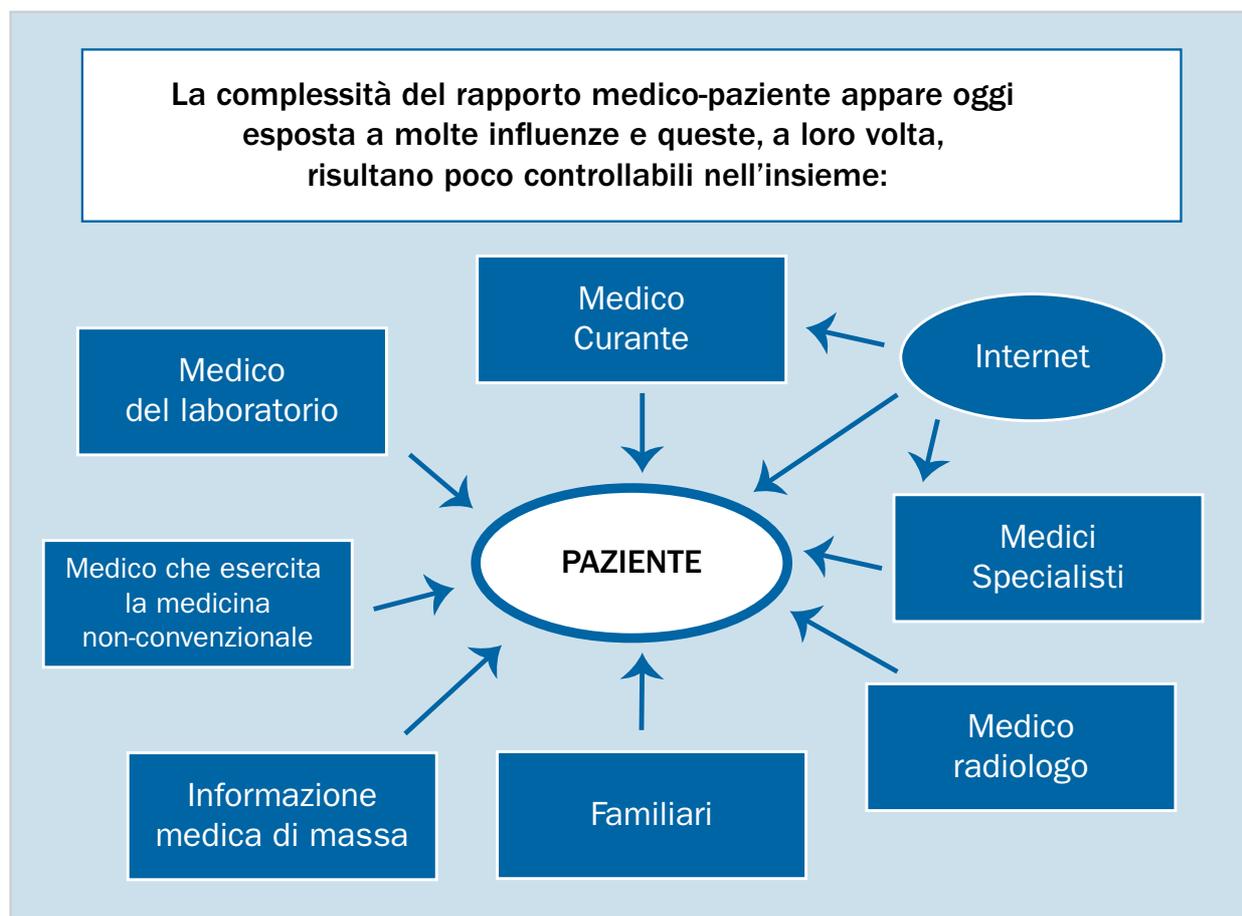


Figura n.1 Complessità del rapporto medico-paziente nella medicina moderna

di esperienze diverse, un mezzo di dialogo e di incontro, rivestendo una capacità di interpretazione dei fatti e di modulazione dei conflitti tra gli esseri umani che potrebbe consentirgli di trasformare i rapporti interpersonali. I pazienti avvertono la propria condizione umana all'interno di un insieme di significati multiformi, legati all'unicità dell'essere persone che si correlano tra di loro nel contesto di una rete affettiva. Un'attenzione vigile e consapevole a questa molteplicità di fattori potrebbe aiutare i sanitari a rispondere con più efficacia ai bisogni dei loro assistiti [7].

Nel corso del loro lungo periodo di apprendimento i giovani medici vengono educati a scomporre le storie personali dei pazienti che incontrano, a cercare il particolare nei loro vissuti, a rendere il più possibile oggettiva la descrizione dei loro corpi, conferendo a questi ultimi alcuni segnali di riconoscimento legati ai segni clinici. Imparano a ricostruire i diversi casi che si presentano nella loro professione secondo un modello specifico e preordinato, composto di segni e di sintomi. Una visione del malato che appare così ovvia e condivisibile ai facenti parte la comunità professionale di riferimento da non necessitare di perdere troppo tempo in una discussione critica di verifica tra l'oggetto dell'osservazione, il paziente e il suo

indagatore. Gli studenti del corso di laurea in medicina acquisiscono un vero e proprio nuovo modo di vedere la realtà, di scriverne, di parlarne, di relazionarsi con i propri colleghi e con gli altri operatori sanitari e infine interagire con i propri pazienti.

Diventare medico significa essersi formato a un diverso tipo di linguaggio, a una modalità di relazione specifica, attraverso la quale farsi riconoscere all'interno di un insieme professionale come uno dei propri membri. Ai giovani e futuri medici non verrà più consentito l'esprimersi in un modo diverso da quello condiviso e accettato dal nuovo gruppo sociale di cui si aspira a far parte. L'uso obbligatorio di un determinato apparato di termini tecnici finisce con l'essere altrettanto importante del possesso delle nozioni necessarie per diventare medico. Il linguaggio diviene pertanto forma e formazione esso stesso, obbligando la personalità del medico a disporsi e a comunicare attraverso delle coordinate specifiche, di cui non si libererà mai lungo tutto lo scorrere della propria vita professionale.

Restringere la modalità comunicativa a un numero preordinato di termini e di frasi obbliga ad una interpretazione del reale preordinata. La presenza del dolore e della malattia, come pure quella della salute e del benessere, di-

ventano ciò che i medici sono in grado di comprendere e soprattutto descrivere, trasmettere alla loro comunità e agli altri esseri umani, utilizzando degli strumenti relazionali che sono stati creati ed elaborati in tal senso attraverso un processo di affinamento durato secoli. I fenomeni naturali che non sono in grado di essere ricompresi in questa griglia descrittiva semplicemente non esistono. Non possono esistere, perché non possono essere rappresentati e trasmessi in un modo giudicato tecnicamente corretto. Il corpo umano viene inteso e immaginato come un oggetto di indagine, come un'entità distinta rispetto ai corpi con cui quello stesso soma interagisce nella vita quotidiana. Gli studenti di medicina sono consapevoli del fatto che stanno apprendendo una modalità alternativa di osservare e descrivere la realtà, una diversa abilità percettiva per ricostruire l'immagine del malato e della sua fisicità secondo delle coordinate precise. Si tratta di un processo simile a quello determinato dall'apprendere la lettura di una carta nautica. Se non si è in grado di comprenderla e di tracciare una rotta, si finirà inevitabilmente sugli scogli o in un tratto di mare diverso da quello verso cui avremmo voluto dirigerci.

Esiste un pericolo ancora maggiore, costituito dall'introduzione di strumenti tecnologici in grado di guidarci senza dover ricorrere a delle valutazioni elaborate dalla mente umana. Un elemento che può appiattire e semplificare il modo di leggere la realtà, poiché la comprensione dell'altro viene demandata ad una macchina, la quale utilizza il linguaggio che le viene insegnato come il più sicuro e autorevole, l'unico possibile. Nella descrizione del caso clinico, nella redazione dei referti e dei documenti che lo descrivono, persino nella lettura degli esami strumentali praticati, gli studenti in medicina imparano a organizzare le storie dei loro pazienti sotto forma di documenti redatti secondo delle regole che hanno appreso attraverso un lungo e duro tirocinio. Non possono allontanarsi da alcuni argomenti obbligatori, salvaguardando il tenore di fondo del loro agire, che deve essere riferito unicamente a problemi di tipo medico.

Anche se volessero dilungarsi nell'approfondire particolari aspetti umani del paziente, questo intervento potrebbe essere giudicato in senso negativo, respinto o disapprovato come inutile e dannoso dalla comunità medica di cui aspirano a far parte. La visione del mondo di chi cura si colloca su di un piano conoscitivo e linguistico radicalmente diverso rispetto a coloro che vivono l'esperienza del malato. Esserne consapevoli permetterebbe al medico di riavvicinarsi all'ascolto del

paziente come un individuo e come una persona, dando spazio a interventi mirati e ad aspetti spesso trascurati del disagio che il malato cerca di raccontare, modificando un comportamento tecnico ritenuto intoccabile. Si tratta di un *habitus* comportamentale da cui il medico teme di distaccarsi, per non incorrere in giudizi di eccentricità o di scarsa aderenza a regole e protocolli stabiliti dalla comunità scientifica, la quale difende tenacemente i propri paradigmi scientifici e con minore consapevolezza, ma con altrettanta tenacia, quelli linguistici.

L'interagire con il paziente nell'ambito della disassuefazione dal tabacco costringe invece il medico a doversi formare un'interpretazione originale di chi gli sta di fronte. I paradigmi di obiettività con cui è stato educato a confrontarsi perdono una parte della loro capacità di condivisione e di neutralità. Il fumatore chiede di essere compreso e riconosciuto nella sua unicità e drammaticità esistenziale. Rifiuta spesso terapie preordinate e soluzioni prefabbricate. Dal momento che avverte il fumo in modo diverso da una malattia che minaccia da vicino la propria esistenza, vuole essere convinto dal proprio medico al cambiamento in modo assolutamente originale. Tuttavia per ottenere questo risultato il curante non dispone di strumenti culturali e linguistici idonei. Deve adattarsi ad un ambito comunicativo diverso e per fare questo deve in parte dimenticare le regole che ha appreso quando era studente o giovane medico. Inoltre le potenzialità del linguaggio nella comprensione tra gli esseri umani sono molteplici e possono dare luogo a fraintendimenti e inganni. Spesso il medico non è consapevole delle capacità mimetiche del paziente che sta interrogando. Un significativo passo del romanzo *La coscienza di Zeno* di Italo Svevo, uno scrittore che fumò oltre sessanta sigarette al giorno per tutta la sua vita, ci permette di rendere con maggiore dettaglio questo concetto:



Figura n.2 Italo Svevo (1861-1928) con una delle sue innumerevoli sigarette

«...il dottore presta fede troppo grande a quelle mie benedette confessioni che non vuole restituirmi perché le riveda. Dio mio! Egli non studiò che la medicina e perciò ignora che cosa significhi scrivere in italiano per noi che parliamo e non sappiamo scrivere il dialetto. [...]

Con ogni nostra parola toscana noi mentiamo! Se egli sapesse come raccontiamo con predilezione tutte le cose per le quali abbiamo pronta la frase e come evitiamo quelle che ci obbligherebbero di ricorrere al vocabolario! È proprio così che scegliamo dalla nostra vita gli episodi da notarsi. Si capisce come la nostra vita avrebbe tutt'altro aspetto se fosse detta nel nostro dialetto...»

da Italo Svevo, *La coscienza di Zeno*, 1923 [8]

Una persona che racconta la propria condizione di malato fornisce una creazione narrativa del proprio sé. Il fumatore si racconta davanti al medico, che dovrebbe avere il tempo di ascoltarlo e l'attenzione per interpretarlo. Il fumatore rappresenta sé stesso mediante un proprio racconto esistenziale, dando forma alla sua inimitabile identità personale. Questa narrazione creatrice del sé risulta un atto di ricerca di un equilibrio tra l'autonomia del proprio essere, quando si racconta come una persona coerente con il proprio passato, la volontà e l'inevitabile alterità che lo circonda, costituita dalla famiglia, dagli amici, dalle istituzioni. Soggetti che si attendono alcuni determinati e spesso rassicuranti comportamenti.

La vita appare al paziente fumatore come la ricerca di un equilibrio tra una propria autonomia decisionale e l'impegno nel cambiare alcune condizioni esistenziali. Il bagaglio operativo del medico che si avvicina al fumatore utilizza invece alcuni passaggi obbligati, che è difficile eludere, perché come abbiamo prima descritto sono legati ad un lungo e a volte involontario condizionamento. La vista identifica l'immagine anatomica di un essere umano. Lo scrivere e il parlare successivi servono ad andare al centro della questione, isolando le caratteristiche cliniche più importanti che sono state riconosciute. La descrizione del caso clinico contempla la raccolta di elementi misurabili e condivisibili attraverso un linguaggio comune. Alla diagnosi si arriva attraverso un confronto dei dati raccolti utilizzando degli schemi classificativi precostituiti, appresi in precedenza. La terapia contempla infine l'applicazione di procedure fondate sulla loro dimostrazione di efficacia, che possano salvaguardare il medico da critiche e da procedimenti disciplinari. Come si vede, una cassetta degli attrezzi ordinata per operare nei confronti di malattie di tipo *tradizionale*, non verso un diverso stato esistenziale, quale è quello proprio del fumatore. Un paziente che possiede una condizione di consapevole e a volte compiaciuta dipendenza, in cui si è instaurato da tempo un patto di aiuto tra una persona e un *genere di conforto* materiale, quale è il tabacco.

Il medico adopera una tipologia di interventi di tipo tradizionale, spesso abbreviata e sincopata dalla fretta e dalla ripetitività della vita di tutti i giorni. Questo mentre nel caso del fumatore l'itinerario dialogico deve essere contrattato con particolare impegno. Si dovrebbe magari fare ricorso ad una nuova consapevolezza della congiunzione di aspetti fisiopatologici e sotierologici, vale a dire di salvezza da un destino negativo, che costituisce l'essenza della medicina. La medicina dovrebbe risultare un modo di affrontare

il mondo e la malattia attraverso un insieme di esperienze, un mezzo di incontro e di interpretazione dell'altro, oltre che di gestione dei conflitti. Di trasformazione, possiamo aggiungere, del *malato* fumatore in un soggetto *sano*.

Conclusioni

In tutto questo discorso emerge come i principali fattori limitanti l'intervento di disassuefazione dal fumo appaiano essere costituiti dal tempo da dedicare alla persona che vive la dipendenza dal tabacco e alla capacità del medico di interpretarla. Ne consegue come interventi di minima possano magari ottenere risultati positivi in termini statistici, ma appaiano drammaticamente inadeguati nella loro capacità di interagire con la complessità del paziente e del perché questi abbia compiuto e scelga ogni giorno, fumando, una comportamento autodistruttivo. Una preparazione professionale del medico priva di elementi filosofici e umanistici mostra, anche in questo contesto, tutte le sue inadeguatezze. Un vuoto a cui si è tentato forse invano di supplire attraverso l'intervento di più figure professionali o terapie di gruppo, che devono necessariamente arrestarsi ad un livello diverso di consapevolezza dell'individuo e dei suoi bisogni silenziosi e inespressi.

Ancora una volta il modello di medicalizzazione pura del dipendenza dal tabacco non funziona come unico interprete del problema. In questo scenario appare necessaria la presenza di un medico diverso, consapevole delle proprie azioni e soprattutto delle parole che adopera, oltre le ristrettezze imposte dalle consuetudini tecniche e comportamentali. Risulta indispensabile elaborare un nuovo modello formativo, basato su di un diverso modo di interpretare il paziente fumatore. Un operare che utilizzi strumenti culturali inconsueti nella medicina tradizionale, come la filosofia e riscopra la particolare sensibilità alle richieste del paziente conferita dalle *Medical Humanities*. Strumenti che i medici cominciano ad apprezzare anche al di fuori della lotta al tabagismo, insoddisfatti dall'interpretazione riduttiva e spesso inutilmente vincolante e costringitiva in cui la loro professione è stata relegata da un'aderenza acritica alla statistica e alla *Medicina Basata sull'Evidenza*. Un itinerario che appare promettente e gratificante, il quale non rinuncia alla scientificità autorevole della professione medica, ma che cerca di innovarla e arricchirla, liberandola dalla sterile schiavitù ad un solo metodo e ad un unico linguaggio. ■

Disclosure: Gli Autori dichiarano l'assenza di qualsiasi tipo di conflitto di interesse.

BIBLIOGRAFIA

1. Gadamer HG. *Dove si nasconde la salute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

2. Aristotele. *Opere*. Laterza, Roma-Bari, 1973.

3. Perozziello FE. *Storia del Pensiero Medico*. III e IV volume, Mattioli1885, Fidenza (PR), 2009-2010.

4. Liberati A. *La medicina delle prove di efficacia:*

potenzialità e limiti della EBM, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.

5. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. *Evidence based medicine: how to practice and teach EBM*. 2nd ed, Churchill Livingstone, Edinburgh & New York, 2000.

6. Losee J. *Introduzione alla Filosofia della Sci-*

enza. Il Saggiatore, Milano, 2001.

7. Byron J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino, 2006.

8. Italo Svevo. *La coscienza di Zeno*. (1923), Einaudi, Torino, 2001.