

Intervista a Sandro Spinsanti

Nel tuo libro “La medicina salvata dalla conversazione” sostieni che “è la relazione stessa tra chi fornisce cure professionali e chi le riceve che è entrata in crisi” (pag. 5) e che una soluzione ipotizzabile sta nella creazione di “una cultura nuova che veda i professionisti sanitari e i cittadini bisognosi di cure, insieme ai loro familiari, impegnati in un rapporto paritario e di collaborazione” (pag.161).. Tale cultura farebbe buon uso della "conversazione" tra medico e paziente e faciliterebbe la pianificazione condivisa delle cure.

Alla luce di questa premessa sorgono alcune domande:

1. *Come è possibile per i medici acquisire o affinare competenze che permettano loro di realizzare la conversazione con i pazienti e con le altre figure che ruotano attorno al malato?*

Il primo passo consiste nel considerare la capacità di comunicare come un elemento essenziale dell'arte della cura. Non un “optional”, ma una componente indispensabile delle professionalità. Così come consideriamo indispensabile che un medico conosca l'anatomia e la farmacologia per poter esercitare, o che un infermiere abbia imparato come si fa un prelievo. Le “Linee di indirizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale” stabilite dall'Istituto Superiore di Sanità parlano, a questo proposito, di una “metodologia di intervento basata su una specifica competenza comunicativa”. Siamo dunque agli antipodi dell'improvvisazione o dell'appello generico a un'umanizzazione della medicina. Bisognerà che le università dove si formano i professionisti si decidano ad aggiornare il curriculum dei futuri curanti.

2. *Quale dovrebbe essere a tuo avviso il più significativo cambiamento nel comportamento dei medici al fine di facilitare l'instaurarsi della buona prassi della conversazione e superare l'asimmetria del rapporto medico-paziente?*

Per far entrare la conversazione nella pratica clinica i medici devono accettare la fondamentale asimmetria del rapporto con il malato: loro conoscono la medicina (o quanto meno si presuppone che la conoscano...) e quindi possono diagnosticare la malattia e prescrivere i rimedi; ma non conoscono il malato. Solo questi conosce se stesso: la propria biografia, i propri

valori, e soprattutto l'equilibrio tra ciò che la medicina può offrire e ciò che la persona ritiene auspicabile per se stessa. In altre parole, solo con l'intervento attivo della persona malata si può costruire un percorso di cura che stia al malato come un abito di sartoria, confezionato su misura. Un buon rapporto clinico, così come lo concepiamo ai nostri giorni, richiede al curante di mettersi in ascolto di ciò che costituisce l'unicità di ogni persona.

3. *I medici e i pazienti sono consapevoli dei conflitti e delle ambivalenze che portano con sé e che possono ostacolare non la cura oggettiva ma la conversazione?*

Conflitti e ambivalenze: è proprio su questo fronte intimo che spesso si addensa l'inconsapevolezza. La necessità di "parole oneste" comincia proprio da quelle che diciamo a noi stessi. L'ambivalenza si applica anche all'informazione: diciamo di volerla, ma facciamo di tutto per selezionare ciò che ci è gradito e rimuovere ciò che non lo è.

4. *La conversazione... "presuppone un atteggiamento che aspira alla parità senza escludere le ovvie differenze di sapere e potere" (pag. 147). Quali le strade per un riconoscimento reciproco di competenze tra sanitari e pazienti e familiari?*

E' proprio questa la regola fondamentale della conversazione: richiede il riconoscimento e il rispetto reciproco dei "conversanti". In questo la conversazione che auspichiamo si distingue dalla pura e semplice informazione. Questa può essere data senza reciprocità, addirittura anche gettata in faccia a chi non la vuole o non è preparato a riceverla. Pensiamo a quante volte diagnosi e prognosi infauste vengono comunicate con un procedimento informativo che consiste nel riversare sul malato ciò che sa il curante, senza domandarsi se il malato vuole o è in grado di ricevere l'informazione. Nel rapporto clinico che assume la modalità della conversazione il malato rispetta e valorizza il sapere bio-medico del curante; ma il medico, a sua volta, rispetta e valorizza il sapere biografico del malato.

5. *Molto è richiesto al medico, nella conversazione, ma quali capacità dovrebbe avere il paziente perché la relazione fluisca correttamente?*

In questo rapporto di conversazione non possiamo dare per scontati i livelli più elementari, che sono sovrapponibili a ciò che chiamiamo buona educazione. Da una parte e dall'altra. Inoltre ai nostri giorni dovremmo formulare un ammonimento particolare ai cittadini che

ricorrono ai professionisti sanitari. Oggi l'informazione è molta, e immediatamente disponibile. Quanti, prima di andare dal medico, fanno un passaggio dal "Dottor Google"... E magari vanno al consulto con il professionista con la sottile illusione di saperne più di lui, perché hanno letto l'ultimo post in qualche sito. Bisogna essere consapevoli che internet è un mare infido. Vagliare e valutare le informazioni richiede molta professionalità. L'atteggiamento polemico e preconetto nei confronti delle élite qui è completamente fuori luogo.

6. *Un tema delicato è quello della comprensibilità del linguaggio del medico, che spesso non ha le parole o gli strumenti giusti per farsi comprendere. Cosa fare?*

L'accusa ai medici di usare un linguaggio incomprensibile a chi non faccia parte della casta dei curanti è antico. Già nel *Malato immaginario* Molière faceva dell'ironia sui medici che nascondevano l'ignoranza dietro la prosopopea di termini aulici. Per non dire della scrittura volutamente illeggibile coltivata dai medici. Oggi quella oscurità ricercata non è più tollerabile. Del resto, bisogna tener presente che la comunicazione passa oltre l'ostacolo delle parole. Una eccellente illustrazione, che mi sono permesso di citare nel libro, è offerta dalle prime righe del romanzo *Benedizione* di Kent Haruf: "Appena gli esiti dell'esame furono pronti, l'infermiera li chiamò nell'ambulatorio, e quando il medico entrò nella stanza diede loro un'occhiata e li invitò a sedersi. Capirono come stavano le cose guardandolo in faccia". Ecco: molto spesso in medicina si comunica senza parole, che siano in "latinorum", in inglese o di comune intelligibilità.

7. *Nel tuo libro, molte pagine sono dedicate al consenso informato, che non sembra aver raggiunto appieno gli obiettivi prefissati. Vuoi parlarne?*

Per dirlo un po' brutalmente, il consenso informato può essere considerato come un figlio che, diventando grande, ha preso una brutta piega... E' giovane: la prima esplicita richiesta di farlo entrare nella prassi clinica si trova nel Codice deontologico dei medici, nella versione del 1995. Lo scopo era quello di introdurre la volontà e la responsabilità del malato nelle decisioni. Queste avrebbero dovuto essere prese con lui, non su di lui. Il suo fine era una decisione condivisa. Nei pochi decenni che abbiamo alle spalle niente sembra andato in questa direzione, se consideriamo quanto si è consolidato nella clinica sotto il nome di consenso informato. E' inteso, né più né meno, come uno strumento per praticare la medicina difensiva e sollevare il medico e la struttura da qualsiasi responsabilità. Così lo percepiscono i cittadini

(e la maggioranza dei sanitari): una pratica burocratica – una firma su un foglio – per far star tranquillo il medico... E' per invertire il corso di questa prassi fatale che osiamo proporre la medicina in modalità di conversazione.

8. In generale, nel cambiamento del processo di cura che ha avuto luogo negli ultimi anni sono stati -e sono- coinvolti medici, bioeticisti, psicologi, sociologi, filosofi e giuristi. Qual è l'impatto di questa messe di lavoro e di leggi sulla conversazione?

Dare forma alla medicina che è nei nostri desideri è un'impresa enorme. Richiede competenze e impegno delle più diverse discipline, afferenti sia alle scienze naturali che alle scienze umane. Il problema è che questi due ambiti procedono per vie proprie, spesso ignorandosi reciprocamente. E' come se prendesse forma il simbolo mitologico di Giano. E' stato spesso invocato perché le sue due facce ci richiamano le due anime della medicina: quella che conta (la scienza naturale) e quella che racconta (gli aspetti umanistici). Il guaio nasce quando le due facce si ostinano a guardare in due direzioni opposte e si ignorano platealmente. Bisognerebbe invece che si girassero: per guardarsi con interesse, per rispettarci e valorizzare le reciproche competenze. E' quanto dire che anche tra le due anime della medicina auspichiamo una conversazione.

9. Una domanda finale: come è possibile trovare il tempo necessario per la conversazione nell'attuale situazione della sanità?

Il problema delle risorse è vero e il tempo è la risorsa meno comprimibile. Per curare bene sono necessarie strutture, personale formato, farmaci. Non accetteremmo la proposta di curare con presidi scadenti, dal momento che quelli di qualità costano. Coerentemente, non possiamo accettare di tagliare sulla formazione alla comunicazione o sul tempo necessario per praticare la cura in modalità di conversazione. Le buone cure costano. Bisogna sfuggire all'idea insidiosa che il ricorso alla Medicina Narrativa e alla conversazione sia un escamotage per evitare gli investimenti necessari. Di recente una società scientifica medica ha organizzato un convegno nazionale mettendo sulla copertina del programma la frase: "Ascoltare non costa nulla". Bisogna avere il coraggio di affermare con forza il contrario: ascoltare costa! Costa risorse, tempo, coinvolgimento emotivo: è il costo della qualità della cura. Del resto, si potrebbe fare ai gestori della sanità pubblica una proposta provocatoria: dite ai cittadini che, siccome le risorse sono poche e la buona medicina costa troppo, si taglieranno le forniture dei servizi o si farà

ricorso a vecchi farmaci, invece che a quelli di ultima generazione, di provata efficacia... Chi avrebbe il coraggio di assumersi una responsabilità politica di questo genere? Restiamo tuttavia convinti che il nostro principale alleato sia la coscienza e il senso di responsabilità dei curanti. E' al loro senso etico che facciamo appello quando invochiamo la cura "come potrebbe essere"!