L'etica del discorso nella relazione tra medico e paziente¹

Giampaolo Ghilardi

Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST)
Università Campus Bio-Medico di Roma
g.ghilardi@unicampus.it

Abstract According to Bernard Lown, despite the fact that many formerly fatal diseases are now curable, people are healthier and live longer than ever, still patients' dissatisfaction with doctors has rarely been more acute, public is suspicious, distrustful, or even antagonistic to, the profession. The object of the current analysis is this dissatisfaction with doctors. This topic is analyzed from the perspective of the Discourse Ethics, more specifically from the Aristotelian point of view stemming from his Rhetoric. I will draw a parallelism between the virtues a Rhetorician needs to result persuasive and those a Doctor needs to be trusted by his patients. Among the three characteristics Aristotle listed to explain persuasion, Ethos, Logos, and Pathemata, I will focus on the former, specifically on its elements: *phrònesis*, *aretè*, and *eunoia*, reading these features in the light of the doctor-patient relationship.

Keywords: etica del discorso, relazione medico-paziente, *phrònesis*, *aretè*, *eunoia*

Received 18 January 2018; accepted 24 April 2018.

Nel 1996 Bernard Lown, il cardiologo al quale dobbiamo tra le altre cose l'invenzione del defibrillatore, scriveva nella prefazione ad un suo famoso testo:

Many formerly fatal diseases are now curable. People are healthier and live longer than ever. Still patient dissatisfaction with doctors has rarely been more acute. Although physicians are increasingly able to cure disease and prolong life, the American public is suspicious, distrustful of, even antagonistic to, the profession (Lown 1996: xi).

Sebbene oggi probabilmente l'enfasi sullo stato di salute e le mediane di sopravvivenza complessive sia da sfumare, per ragioni dovute però alle congiunture della perdurante crisi economica che si riflette su un più difficile accesso alle cure, più che a ragioni

¹ Una forma simile di questo lavoro, pensato e scritto per la *Rivista Italiana di Filosofia del Linguaggio*, sta per essere pubblicata come capitolo all'interno della monografia a mia firma *Etica dell'agire scientifico e tecnologico* presso Mimesis.

riconducibili alla medicina stessa, il punto messo in luce dal dottor Lown rimane sensato ed estendibile alle condizioni delle società occidentali, non solo a quella americana.

Si potrebbe riformulare la tesi in questi termini: nonostante un oggettivo e misurabile progresso della medicina in generale, si assiste ad una progressiva ed altrettanto misurabile sfiducia dei pazienti nei confronti della figura del medico. Le ragioni che spiegano questo paradosso sono complesse e andrebbero probabilmente ricercate nell'intreccio tra medicina, scienza e tecnologia, nella progressiva spersonalizzazione della pratica clinica e quindi in quella che si potrebbe definire la delega tecnica di diagnosi e terapia che si è sempre più fatta strada nell'universo medico degli ultimi decenni. È comunque questo un tema troppo vasto per poter essere affrontato in modo adeguato nello spazio di un articolo, anche se nelle conclusioni di questo lavoro sarà possibile offrire un contributo di analisi in tal senso.

Il tema che sarà invece oggetto di queste pagine è quello che è stato definito con le parole di Lown «patient dissatisfaction with doctors», ovvero «distrustful of, even antagonistic to, the profession». Insoddisfazione, sfiducia o addirittura antagonismo nei confronti dei medici e dell'intera professione sono quindi l'oggetto di questa riflessione che sarà condotta attraverso la lente dell'etica del discorso, vale a dire di quello studio vertente sulle modalità comunicative tra i diversi attori del quadro medico. Si potrebbe dire che oggi la figura del medico non goda più di una buona reputazione, prendendo il termine nell'accezione filosofica indicata da Roberta Martina Zagarella (Zagarella 2016). Occorre però operare una distinzione all'interno del taglio metodologico proposto, l'etica del discorso (Habermas 1983) infatti compare in questa forma negli scritti di Habermas e Apel a partire dagli anni ottanta del secolo scorso e si inserisce, seppur con un'articolazione interna molto peculiare, nel filone kantiano dell'imperativo categorico applicato alla sfera della comunicazione (Bordum 2005); non sarà questo lo sfondo di riferimento del nostro discorso, che farà invece perno sulle recenti riletture della retorica aristotelica in continuità con quel corso di studi che va sotto il nome di *epistemic virtues* o, come le potremmo definire oggi, virtù della conoscenza (Roberts, Wood 2007).

1. I modelli di relazione medico-paziente

Se è corretto riconoscere che il rapporto medico paziente non si esaurisce sul piano del discorso, è però altrettanto corretto dire che l'ambito discorsivo gioca un ruolo affatto speciale in questa delicata relazione. La ragione di questo è data dal fatto che la dimensione discorsiva di questo rapporto è propriamente quella in cui si rendono trasparenti le ragioni, in modo più o meno persuasivo, degli interventi che paziente e medico dovranno concordare per il prosieguo della propria relazione che, è bene specificare sin da ora, ha la finalità della cura.

Non solo, nell'ambito del discorso non troviamo solo l'aspetto pianificatorio e deliberativo dei possibili interventi futuri, ma anche quello diagnostico: la raccolta dell'anamnesi clinica, così cruciale per una diagnosi adeguata, si realizza principalmente nella sfera del discorso. Questo punto è talmente sentito che in un recente articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (Schwartzstein 2015) si è giunti a chiedere di rivedere i criteri di ammissione alle facoltà di Medicina, oltre che di ripensarne il corso di studi, per rimediare al sempre più grave problema di medici specializzandi incapaci di rivolgersi adeguatamente ai pazienti. Questo tema non è, come potrebbe a prima vista sembrare, un semplice problema di *bon ton* professionale, ma un serio impedimento alla raccolta efficace di informazioni utili alla diagnosi che dovrà quindi poi appoggiarsi a costose analisi laboratoriali, facilmente evitabili se fosse stata fatta un'anamnesi più scrupolosa e più, e qui sta il punto, retoricamente efficace. Mettere il paziente in grado

di raccontare al meglio i propri problemi di salute è parte della professionalità clinica del medico.

Un terzo livello poi della dimensione discorsiva di questa relazione si trova in quella che oggi viene definita la *compliance*, vale a dire la misura di adesione da parte del paziente alle terapie, trattamenti e *follow up* richiesti dal medico. È chiaro che tanto più il medico sarà chiaro e persuasivo nel proporre terapie e *screening* al paziente quanto più questi si atterrà alla pianificazione concordata, tanto meno invece il medico saprà farsi ascoltare, quanto meno il paziente riuscirà a sostenere gli interventi concertati.

Per queste ragioni è utile indagare i modelli di relazione che si sono avvicinati nella storia della pratica medica tra medici e pazienti e, all'interno di questi, valutare che ruolo vi abbia giocato l'argomentazione.

La storia della relazione medico paziente è variegata e complessa, gli storici della medicina (Kaba, Sooriakumaran 2007) hanno rintracciato tre modelli base all'interno dei quali è possibile collocare il profilo di questo rapporto: quello attivo-passivo, quello cooperativo e quello partecipativo (Szasz, Hollender 1956). Schematizzando, si potrebbe riassumere la parabola disegnata da questi tre modelli dicendo che si va da una situazione in cui il paziente semplicemente subisce l'intervento medico, come nell'esempio del paziente in coma o sotto anestetico, ad una in cui il paziente obbedisce a quanto il medico gli prescrive, come nel caso di malattie acute che necessitano trattamenti urgenti, non negoziabili né differibili, a quella in cui il paziente viene aiutato ad aiutarsi da parte del medico secondo la nota formula dell'alleanza terapeutica, dove l'asimmetria informativa tra medico e paziente non rappresenta necessariamente un'asimmetria relazionale e le decisioni vengono condivise e partecipate da entrambi gli attori del rapporto.

È utile riconoscere che tutti e tre questi approcci hanno avuto e hanno una propria legittimità, sebbene oggi sia preferibile il modello partecipativo permangono situazioni nelle quali, volenti o nolenti, ci si può trovare nelle fattispecie di relazione attivo-passiva e cooperativa rassegnate poco sopra. I richiamati esempi degli stati di incoscienza o coscienza minima ed emergenza/urgenza sono infatti condizioni sempre possibili e nelle quali l'iniziativa del medico necessariamente risulterà prevalente; nei casi di pazienti in coma, ad esempio, il carico della relazione di cura è quasi completamente sulle spalle del medico, senza che ciò sia lesivo dell'alleanza terapeutica cui si è fatto riferimento poco sopra. Per restare all'interno di quest'immagine, si possono ben dare casi nei quali in un'alleanza uno degli alleati necessita radicalmente dell'intervento dell'altro, senza per questo venir meno alla propria condizione di alleato.

Come si inserisce a questo punto l'etica del discorso nella relazione medico paziente? Si è visto che la relazione si può configurare in modi differenti a seconda di come si rapportano i due attori principali l'uno all'altro, dal grado di iniziativa che questi assumono e dalla misura di accondiscendenza che viene creata all'interno della relazione. È altresì corretto riconoscere che persiste sempre una certa asimmetria in questo rapporto, dove il medico è depositario di una conoscenza specifica superiore a quella del paziente, e in virtù di questa è consultato da chi vi si rivolge.

Procederò all'analisi del tema lungo la traiettoria aristotelica, spiccata nelle pagine della sua *Retorica*, facendo riferimento in particolare al concetto di *πιθανόν* (*pitbanòn*) *persuasivo* (Piazza 2008), per comprendere come e perché è importante che il medico, oltre che accurato e veridico, risulti anche e soprattutto persuasivo al cospetto del proprio paziente.

La persuasione risulta un ottimo candidato come strumento di analisi perché ci permetterà di valutare sia l'iniziativa del medico, sia la qualità argomentativa delle ragioni esposte nel discorso con il paziente, sia la dimensione ricettiva che il paziente vivrà all'interno di questo scambio. Ritroveremo cioè tutti gli elementi della classica triade

comunicativa: emittente, messaggio e destinatario, ma non più nella classica formalizzazione concepita da Jakobson (1958), bensì all'interno di una trattazione filosofica più ampia che individua anche la dimensione etica connessa all'atto linguistico. Un ultimo argomento che vorrei portare alla luce per giustificare la retorica quale accesso adeguato all'analisi dell'etica del discorso nel rapporto tra medico e paziente è quello della analogia tra discipline. Retorica e medicina (Garver 1994) condividono infatti lo statuto epistemologico dell'essere scienze del *per lo più*, non precise. Scrive infatti Aristotele:

Ciò che rientra nel campo della prassi e dell'utile non ha nulla di stabile, come non lo ha nemmeno ciò che rientra nel campo della medicina. E se i discorsi in universale hanno queste caratteristiche, il discorso sui casi singoli mancherà anche più di precisione, infatti il discorso sul caso singolo non rientra in nessuna arte né in alcuna serie di precetti, ma è necessario, sempre, che chi agisce prenda in esame ciò che riguarda l'occasione presente, proprio come si dà nel caso della medicina e dell'arte del pilota (*Etica Nicomachea*: II, 1104a 2-1).

Fa da perfetto pendant a questo passaggio quanto viene affermato in *Retorica* al capo 1355a, dove si dice che:

di fatto è la stessa facoltà a scorgere il vero e ciò che è simile al vero, nello stesso tempo gli uomini sono sufficientemente predisposti al vero e nella maggior parte dei casi colgono la verità. Pertanto chi ha occhio per le opinioni più autorevoli altrettanto ne ha per la verità (*Retorica*: 1355a 13-18).

L'assenza di precisione (Giuliani *in press*), poi, lungi dall'essere un difetto soggettivo da eliminare, è in questi casi un tratto caratteristico delle discipline stesse che, avendo a che fare con temi non incasellabili in formalizzazioni di tipo univoco come la salute e la persuasione, ne riflettono lo statuto. A questo punto un'altra pagina aristotelica ci ricorda che:

Dunque ci si deve accontentare se, trattando di tali argomenti e a partire da tali premesse, la verità viene mostrata solo approssimativamente e a grandi linee, e se, riguardo a oggetti che sono per lo più e a partire da premesse simili, non si giunge che a conclusioni per lo più. È opportuno quindi che chi ascolta accolga nella mente in modo simile quello che veniamo dicendo, infatti è tipico della persona colta ricercare in ciascun genere di cose la precisione solo per quanto lo permette la natura della cosa, dato che è cosa evidentemente assurda sia accettare che un matematico faccia appello alla persuasione, sia attendersi dimostrazioni scientifiche da un retore (*Etica Nicomachea*: 1094b 20-28).

2. L'*Ethos* del medico

Si sono riconosciuti dunque almeno tre aspetti della comunicazione medico paziente meritevoli di essere sottoposti a scrutinio secondo i termini aristotelici, la persuasione avviene cioè in forza della credibilità del retore, della qualità degli argomenti e della capacità di muovere le emozioni del destinatario.

Il tema della credibilità del parlante, e per l'oggetto di questa analisi del medico, è dunque il punto da valutare.

Il passo da cui partire si trova sempre in *Retorica* 1356a dove troviamo scritto:

Allora, per mezzo del carattere (*ἦθος*, *ethos*) si è persuasivi, quando il discorso sia stato detto in modo tale da rendere degno di fede chi parla: infatti crediamo di più

e più rapidamente alle persone per bene su ogni cosa in genere, e là dove non vi è certezza, ma dubbio, vi crediamo anzi completamente. Deve però anche questo risultare dal discorso, e non dall'aver ormai giudicato l'oratore in un certo modo. Non dobbiamo pensare infatti, come certi autori di tecniche retoriche, che il non porre nell'arte anche l'onestà di chi parla non contribuisca in nulla alla persuasione, anzi forse, per così dire, il carattere possiede la persuasione più efficace (Aristotele *Retorica*: 1356a 5-13).

La precisazione aristotelica secondo cui l'autorevolezza di cui si parla non è tanto qualcosa di acquisito una volta per tutte, quanto piuttosto una qualità in riferimento al modo dell'argomentazione, è utile a sgombrare il campo da equivoci. Applicata al tema del rapporto medico paziente questa spigolatura ci permette di dire che la credibilità del medico non può essere appaltata alla semplice qualifica medico accademica, secondo un datato modello autoritativo *ipse dixit*, ma guadagnata sul campo del ragionamento condiviso con il paziente sul problema oggetto di discussione. Detto altrimenti, non sarà semplicemente il numero di pubblicazioni scientifiche che il dottore potrà vantare sul singolo argomento a costituirlo come interlocutore credibile, quanto piuttosto la sua capacità di rendere trasparenti ai propri pazienti le ragioni per un corso di interventi medici piuttosto che un altro. Chiaramente, secondo questa prospettiva, l'abilità retorica del medico consisterà anche nel tagliare le informazioni in suo possesso in modo adeguato alle caratteristiche del suo paziente: capacità cognitive, livello culturale, stato emotivo, disposizione personale, etc.

Quali dunque le caratterizzazioni morali che costituiscono la credibilità del retore/medico? Secondo la lezione aristotelica sono tre: saggezza, virtù e benevolenza (Aristotele, *Retorica*: 1378a 8). Occorre cioè che il retore presenti nel proprio discorso tutte e tre queste caratteristiche (non sarebbe sufficiente averne solo una o due), per poter risultare persuasivo. La saggezza, che è virtù morale archetipica, e nell'economia del discorso aristotelico riveste un'importanza tutta particolare per il fatto di trovarsi al crocevia tra le virtù etiche e quelle dianoetiche, viene qui adottata in un'accezione specifica, quella cioè di formarsi opinioni corrette sugli argomenti intorno ai quali si discute (Piazza 2008: 95).

3. La saggezza

Coerentemente con diversi passi dell'Etica aristotelica la saggezza (*φρόνησις*, *phrónesis*) è una virtù mediana con testa nei fini e piedi nei mezzi, per così dire, è cioè quella disposizione a valutare il rapporto dei mezzi con i fini, mettendo a fuoco tanto gli uni quanto gli altri; l'uomo saggio quindi è in grado di pesare correttamente gli elementi sulla bilancia della decisione e deliberare di conseguenza il corso di azioni adeguato.

In ambito medico la saggezza può essere considerata quella capacità di valutare concretamente di volta in volta il giusto rapporto tra rischi e benefici nelle delicate situazioni che coinvolgono la salute. In uno dei numerosi parallelismi tra Retorica e Medicina tracciati da Aristotele, dopo aver spiegato il senso dell'indeterminatezza di genere della Retorica e di come il suo compito non sia il persuadere, ma individuare i mezzi di persuasione, si procede notando che: «non è compito della medicina il rendere sani, ma arrivarvi fin dove possibile, tanto è vero che si possono curare in maniera appropriata anche coloro che non possono riacquistare la salute» (Aristotele *Retorica*: 1355b 11-14). Notiamo *en passant* come in questo passaggio Aristotele abbia guadagnato alla medicina il complesso ambito che oggi va sotto il nome della palliativistica senza mutare l'oggetto della disciplina, che rimane la salute, ma compresa come obiettivo dinamico e non idealizzato.

Il termine con cui viene indicato il saggio è significativo: ἐπιεικής (*epieikès*), letteralmente colui che è capace di *epicheia* (Luño 1997), ovvero l'esser dotati del "senso delle circostanze". Il medico saggio dunque sarà colui che è realmente in grado di saperci consigliare sull'adottabilità di una terapia in relazione a questo preciso disturbo e in queste specifiche circostanze, oppure il miglior processo diagnostico, il ricorso alle più adeguate tecniche di *imaging* in considerazione delle nostre specifiche condizioni. D'altra parte come sempre lo Stagirita ricorda:

Il medico non guarisce l'uomo se non per accidente, ma guarisce Callia o Socrate o qualche altro individuo che porta un nome come questi, al quale, appunto accade di essere uomo. Dunque, se uno possiede la teoria senza l'esperienza e conosce l'universale ma non conosce il particolare che vi è contenuto, più volte sbaglierà la cura, perché ciò cui è diretta la cura è, appunto, l'individuo particolare (*Metafisica*. I, 1981a 12-24).

Il medico saggio dunque sarà colui che con una solida conoscenza fisiologica ed un altrettanto solida pratica clinica è in grado di valutare, con le parole di Osler, non tanto quale tipo di malattia abbia il proprio paziente, quanto piuttosto che tipo di paziente stia soffrendo quella determinata malattia. Vale a dire che la φρόνησις è quella forma di intelligenza pratica che dispone chi la esercita ad applicare nel modo più adeguato le conoscenze teoriche. In ambito clinico, ad esempio, una declinazione di questa virtù è la disapplicazione di eventuali linee guida in presenza di comorbidità specifiche. Laddove cioè vi fossero indicazioni terapeutiche precise in relazione ad una patologia specifica in contraddizione però con un quadro clinico complesso, che presenti molteplici complicazioni, il medico avveduto, φρόνιμος καὶ ἐπιεικής saggio e capace secondo la lettera dello Stagirita, non segue pedissequamente l'indirizzo codificato nelle linee guida, pur conoscendole nel dettaglio, ma è in grado di spiegare al proprio paziente perché nel suo caso possa essere più appropriato seguire un altro corso di azioni, adottando cioè quell'*epicheia* che è il timbro della conoscenza del particolare.

4. La virtù

La saggezza, che è l'architrave delle virtù etiche, come si è visto ha anche una forte connotazione intellettuale, il saggio nell'accezione meno tecnica del termine è spesso accostato al sapiente, a colui cioè che in qualche modo sa più e meglio di altri. Questo aspetto è significativo perché connota da subito il φρόνιμος come un competente, qualcuno cioè che sa ciò di cui si sta parlando, potremmo in qualche modo apparirlo all'esperto.

Come si è detto questa *expertise* nell'etica del discorso che si sta tracciando deve emergere dal discorso avviato tra medico e paziente e non superficialmente essere delegata a titoli pregressi, sebbene anche quelli in qualche modo possano costituire un elemento della "reputazione" scientifica del medico; quest'elemento preso da solo però non è sufficiente a garantire un profilo morale di credibilità, è infatti chiaro che un'ottima competenza non garantisce affatto che questa poi sia impiegata bene. Si può anche essere geni del male. Più prosaicamente il medico competente potrebbe essere più attento all'esigenze della casa farmaceutica che gli finanzia le ricerche o dell'ospedale che gli concede le strutture anziché ai problemi del paziente.

Per ovviare quindi a questa possibilità il retore/medico deve possedere oltre alla saggezza, intesa qui come competenza, la virtù del carattere, ἄρετή (*aretè*). Chiaramente anche la saggezza è una virtù, il senso però in cui ora stiamo adottando questo termine è da una parte più specifico e dall'altra più generale. Più specifico perché qui ci stiamo

riferendo, sulla scorta del suggerimento aristotelico, a ciò che rende le virtù tali, vale a dire delle eccellenze nella misura. L'uomo virtuoso infatti è in grado di evitare entrambe le secche degli eccessi e dei difetti, mirando al giusto mezzo, la μεσότης (*mesôtēs*) appunto (Aristotele *Etica Nicomachea*: 1106b 34). L'esempio del coraggio, medio tra viltà e temerarietà, è utile a cogliere come questa medietà non sia affatto da intendersi sotto l'aspetto della mediocrità al ribasso, quanto piuttosto sotto quello dell'equilibrio.

Il senso invece generale a cui si fa riferimento rispetto all'ἀρετή è quello che si intende nella locuzione "persona di carattere", vale a dire l'insieme di quelle disposizioni all'azione virtuosa, equilibrata, che *caratterizzano* alcune biografie esemplari.

Il carattere virtuoso richiesto dal retore/medico dovrà, tra gli altri aspetti, senz'altro contemplare quello della veracità, quella qualità morale cioè che garantisca il dire veridico. Quest'aspetto della virtù del carattere assicura l'interlocutore che il medico competente non ci inganni con la sua conoscenza, ma al contrario sia trasparente rispetto a ciò che ha avuto modo di accertare mediante le proprie facoltà.

Sebbene non sia del tutto corretto sostenere che la ὑρόνησις si occupi dei mezzi e l'ἀρετή dei fini, può però essere esplicitamente utile istituire questa scansione per chiarire come appunto la competenza del tecnico, se non guidata da un carattere onesto e virtuoso, potrebbe essere un difetto più che un pregio, secondo il classico adagio di San Gregorio Magno: *corruptio optimi pessima*.

D'altra parte la saggezza in qualche modo si è vista essere impegnata anche nel regno delle finalità, così come la virtù non è estranea ai mezzi necessari per realizzare l'eccellenza, questa compartecipazione di ambiti, se da un lato rende più complesso il discorso, dall'altro spiega anche l'integrabilità tra le due sfere, vale a dire che una saggezza al servizio di fini non buoni sarebbe in qualche modo deficitaria rispetto alla propria stessa natura, poiché fallirebbe se non nel calcolo tra mezzi adeguati per il conseguimento dei fini, in quello sui fini da perseguire per conseguire la felicità, che è il fine ultimo cui la saggezza mira. In qualche modo una saggezza posta al servizio di finalità non buone fallisce sempre un calcolo, anche se non il calcolo tra mezzo e fine, ma quello tra fine parziale e fine ultimo.

Il medico di carattere dunque esprime franchezza nel discorso con il paziente, praticando l'onestà intellettuale non nasconde i rischi potenziali di un trattamento a fronte di probabili benefici, non cerca in alcun modo di adattare le proprie competenze verso una direzione che non sia quella della salute del paziente, e così facendo guadagna quel credito morale che lo rende fede-degno. Nel discorso tra medico e paziente, se non emerge il profilo di "carattere" virtuoso, pensando forse in qualche modo di appaltare la persuasività del proprio argomentare alle sole evidenze scientifiche, viene perso quel tratto personale che rende credibile l'intero rapporto. Ma ancora ci troviamo di fronte a condizioni necessarie, non sufficienti.

5. La buona disposizione: ἔϋνοια (eunoia)

Ciò che ancora manca per configurare la reale affidabilità del retore, secondo la lezione aristotelica, è l'ἔϋνοια, vale a dire la buona disposizione d'animo e intelletto. Detto altrimenti, la competenza e la virtù del carattere da sole ci possono garantire che il nostro interlocutore sia fede-degno e sincero, ma non ancora interessato alla buona sorte di colui con il quale si intrattiene. Se le prime due caratteristiche sono sufficienti a configurare un profilo morale, non lo sono per ottenere la persuasione.

L'ἔϋνοια è una sorta di «benevolenza verso l'ascoltatore» (Piazza 2008: 96) è quella virtù dell'intelletto che attesta l'interessamento del retore alle sorti dell'interlocutore. Applicando questo modello alla sfera medico-paziente quindi l'ἔϋνοια sarà quella

caratteristica che ci porterà a dire che il dottore si preoccupa per il proprio paziente, non solo in termini scientifici, ma soprattutto personali. Tutto il contrario quindi del distacco tipico di un certo modo “weberiano” di concepire la scienza come “wertfrei”, libera cioè da valori (Weber 1919).

Il camice bianco usato come schermo di oggettività, anziché produrre l'effetto di imparzialità e correttezza valutativa, crea l'impressione di disinteresse e insensibilità; se nel rapporto medico paziente non si istituisce quell'interessamento reciproco di cui parla Aristotele tramite il tema dell'ἔννοια, mancherà quel *quid* che renda pienamente credibile l'attore della comunicazione/azione medica.

Il prefisso ἔν (*en*), che significa bene, applicato alla radice νοῦς (intelletto/mente), dà all'intelligenza una curvatura etica che è propria dell'attività clinica. Pur non volendo abusare del ricorso alle etimologie, vale però la pena di ricordare che la nozione stessa di clinica deriva dal verbo greco κλίνειν, che significa piegarsi, dunque essere chini al letto del paziente (Tambone, Ghilardi 2015: 203). Il medico credibile dunque è colui che con competenza ci sa spiegare le ragioni delle nostre condizioni, mostrando rigore e dirittura morali nel discorso, ma non nascondendo neppure la sua preoccupazione nei confronti del paziente. L'ἔννοια per certi versi può essere intesa come l'opposto del disincanto weberiano, della separazione netta e definitiva tra ambito dei valori e ambito dei dati oggettivi.

D'altra parte, approfondendo il parallelismo tra retorica e medicina, possiamo notare che non potrebbe esserci persuasione, se non vi fosse l'intenzione di persuadere da parte del retore; allo stesso modo in cui non ci sarà *compliance* tra medico e paziente, se questi non troverà la preoccupazione della cura nelle parole del medico.

L'aspetto quindi più specificatamente morale della relazione, che qui indichiamo sotto la forma dell'intenzionalità, deve essere reso trasparente nel discorso per risultare persuasivo, occorre cioè porre in chiaro che la finalità comunicativa e terapeutica è finalizzata al bene/salute del paziente, così che questi possa effettivamente percepire come indirizzate a sé le parole che si scambiano nella conversazione.

6. Bridging the gap

Dopo aver tratteggiato il carattere del retore persuasivo in parallelo con quello del medico credibile, mutuando dall'analisi aristotelica le coordinate principali per un profilo etico dei due modelli, occorre valutare cosa ostacola oggi questa realizzazione. Riprenderemo cioè la domanda iniziale da cui abbiamo mosso questa indagine, per tentarne una comprensione più profonda.

La diffidenza nei confronti dei medici contemporanei, si è detto, è probabilmente da ricercarsi nella delega tecnologica che la medicina ha subito negli ultimi decenni, ma questo è l'effetto di un percorso molto più lungo che affonda le sue radici nella rivoluzione scientifica secentesca, infatti la tecnologia onnipervasiva di cui parliamo oggi è solo l'ultimo passo di un preciso itinerario scientifico che ha visto dapprima esonerare il soggetto dalle sue facoltà osservative a favore delle qualità primarie (estensione, figura e moto), poi accreditare l'idea di un sapere oggettivo in quanto non-soggettivo (non pregiudicato cioè dal giudizio del soggetto), poi dichiarare che quanto non fosse conforme a questo metro non fosse non solo scientifico, ma neppure oggetto di conoscenza. La parabola riduzionista (Agazzi 1991) della scienza moderna è stata studiata e ricostruita varie volte e può essere delineata secondo la progressiva cancellazione dell'elemento personale dalla conoscenza a favore di un'oggettività priva di riferimento al soggetto.

Questa pretesa purezza dell'oggettivo a scapito del soggetto ha prodotto anche uno stile argomentativo scientifico e filosofico che potremmo descrivere come l'imperialismo della terza persona: in filosofia abbiamo appunto il tema dell'etica della prima persona (Vendemiati 1999, Abbà 1996) che fatica a riemergere dopo l'oblio utilitarista che ha invece declinato il discorso morale nella terza persona, e in scienza abbiamo (avuto) la stagione dei protocolli empirici, dell'enfasi sui dati, o della ricerca "*data-driven*", dove l'ipotesi sperimentale è essa stessa figlia dei dati e non della razionalità del ricercatore.

Questo sbilanciamento a favore dell'oggettivo a discapito del soggetto che, volenti nolenti, lo produce, si esprime attraverso una sorta di neutralizzazione del soggetto agente di cui è spia l'utilizzo della terza persona; sotto il profilo linguistico questo atteggiamento è stato pertinentemente descritto nei termini di "auto-cancellatura enunciativa" *effacement énonciatif* (Rabatel 2004).

In medicina questa neutralizzazione del soggetto ha preso il nome di Evidence Based Medicine (Sackett *et al.* 1996), dove le evidenze sarebbero il surrogato della ricerca più oggettiva, non "biased" vale a dire non inquinata da errori di prospettiva, soggettivi *ça va sans dire*.

Non potendo per limiti di spazio ora sviluppare adeguatamente una critica sui rischi connessi a questo stile medico, mi limito a segnalare lo slittamento semantico subito dal concetto di evidenza che, mentre nella sua origine latina indicava una visione manifesta in sé, chiara, ora diviene il frutto di un lungo processo di astrazione e computo statistico. Le evidenze sono ciò che risulta dai *trials* clinici, vale a dire alla fine di complesse procedure empiriche studiate mediante campioni statistici.

La nuova medicina *Evidence Based* costituisce un ulteriore tassello del processo di spersonalizzazione cui si faceva riferimento poc'anzi, e gioca un ruolo importante nella spiegazione del fenomeno che stiamo indagando. Vale a dire che la credibilità del medico verrebbe "appaltata", per così dire, alle nude evidenze scientifiche relative all'efficacia dei trattamenti medici, ma questo meccanismo non funziona.

Viene cioè a crearsi una situazione di questo genere. Il medico riceve dalla scienza un metodo di lavoro oggettivo, *evidence based*, faticoso ma in grado di produrre "solide evidenze" rispetto alla propria efficacia, di conseguenza si ritiene esonerato dal dovere di persuadere il paziente della propria capacità/competenza, questa infatti non può essere messa in discussione a fronte delle documentate evidenze ottenute. Il medico assume cioè la postura dello scienziato da laboratorio, invero un po' caricaturale, che non ritiene di dover convincere alcuno della bontà dei propri giudizi, essendo stati questi previamente sottoposti ai debiti *trials* clinici, e dunque procede con il distacco di chi semplicemente comunica dei risultati di un'indagine, senza quindi la partecipazione emotivo razionale di chi condivide un obiettivo con il proprio paziente e per questo è disposto a mettere in comune conoscenza, giudizio, aspettative e attenzione.

La distanza (*gap*) che si viene a creare quindi tra paziente e medico è della stessa natura di quella che si può constatare tra un fisico e le particelle elementari, tra uno sperimentatore ed un esperimento, e che è fortemente in contraddizione con la natura del rapporto medico paziente, che è anzitutto un rapporto personale, prima che oggettivo o scientifico.

L'occasione dunque di riflettere sulla dimensione linguistica di questo rapporto ci porta a valutare una via di riconciliazione tra queste due dimensioni, quella scientifica nel senso "duro" del termine, e quella personale.

Il vantaggio dell'impostazione aristotelica è quello di ammettere entrambi i livelli del problema: si riconosce senz'altro la capacità veritativa della ragione e la sua portata oggettiva, è possibile e del tutto auspicabile infatti tentare una conoscenza oggettiva dei fenomeni, e darne conto, senza però contrabbandare oggettività per assenza del contributo soggettivo. Sotto questo aspetto la nozione di verità pratica di conio

squisitamente aristotelico è preziosa e ci aiuta a comprendere come il vero non sia in contraddizione con l'agire del soggetto e soprattutto come non sia necessaria l'epurazione della prima persona per ottenere verità oggettive, intersoggettivamente verificabili (Polanyi 1958).

D'altra parte i continui parallelismi sviluppati dallo Stagirita tra medicina e retorica, accomunate da una necessaria "inesattezza" dovuta ad oggetti costitutivamente non riducibili alla dimensione matematica (il particolare è infatti oggetto sia dell'una che dell'altra), rendono ancor più utile il riferimento alla sfera pratica piuttosto che a quella epistemica in senso classico. Retorica e medicina sono *technai*, arti, non scienze nel senso specifico del termine. Ovviamente anche le *technai* sono forme legittime di conoscenza, pur non potendo esibire il carattere di apoditticità poniamo di una fisica o della matematica, e proprio su questo loro statuto epistemico in qualche modo ibrido, conoscenze ma non scienze, o scienze pratiche se preferiamo, si può costruire quel ponte del quale siamo alla ricerca.

Si è visto che l'attrazione della medicina nell'orbita della scienza intesa come *evidence based*, snatura il profilo epistemologico proprio della disciplina. James Marcum, citando Edmund Pellegrino (2002), scriveva a proposito che:

Fundamentally, medicine is moral. It is neither a natural nor a social science, although it often depends upon both for its technical and communal progress. Medicine, especially as a clinical practice, is moral because the defining element of its practice is the patient-physician relationship; and, that relationship is profoundly principled and often based upon ethical rules and duties (Marcum 2012: vii).

Leggere quindi la professione sanitaria attraverso le lenti della scienza, e nella fattispecie di un modello di scienza oggi tutto sommato sconfessato dalla migliore epistemologia (Agazzi 2014), non è un'operazione utile, mentre farlo attraverso il contributo della retorica risulta senz'altro più appropriato, non foss'altro per l'analogia dei rispettivi statuti epistemologici. Oltre a ciò risulta preziosa la contaminazione tra i due ambiti perché porta luce sul complesso intreccio tra il profilo morale, la competenza tecnica e l'istanza comunicativa che entrambe queste discipline condividono.

L'etica del discorso della quale ci eravamo messi alla ricerca nel rapporto medico paziente può quindi essere declinata secondo le coordinate aristoteliche, fornendo un'illustrazione delle virtù necessarie al "buon" medico: competente, di carattere e amichevole. Quest'indirizzo di studio può rispondere anche alla preoccupazione sollevata dalle colonne del *New England Journal of Medicine* per capire come reclutare e poi formare adeguatamente medici che non siano più esclusivamente efficienti scienziati, ma soprattutto attenti dottori. Lo studio del persuasivo retorico offre un modello molto appropriato per comprendere le ragioni del successo comunicativo e relazionale con i propri assistiti; farne bagaglio del medico sin dal principio della propria carriera, potrebbe essere la soluzione adatta ad un problema che, altrimenti, rischia di aggravarsi progressivamente.

Bibliografia

- Abbà, Giuseppe (1996), *Quale impostazione per la filosofia morale*, LAS, Roma.
- Agazzi, Evandro (1991), *The problem of reductionism in science*, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Agazzi, Evandro (2014), *Scientific Objectivity and Its Contexts*, Springer, Cham (CH).
- Aristotele, *Etica Nicomachea*, a cura di C. Natali, Editori Laterza, Bari 2010.
- Aristotele, *Metafisica*, a cura di G. Reale, Bompiani, Milano 2010.
- Aristotele, *Retorica*, a cura di F. Cannavò, Bompiani, Milano 2014.
- Bordum, Anders (2005), «Immanuel Kant, Jürgen Habermas and the categorical imperative», in *Philosophy and Social Criticism*, n. 31 (7), pp. 851-874.
- Garver, Eugene (1994), *Rhetoric, An Art Of Character*, University of Chicago Press, Chicago.
- Giuliani, Alessandro (in press), «Modelli Trasandati: perché in scienza, oltre un certo limite, la precisione è deleteria», in *Rivista di Filosofia Neoscolastica* (2018).
- Habermas, Jürgen (1983), *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt A. M. (*Etica del discorso*, trad. di E. Agazzi, Laterza, Bari 1985).
- Jakobson, Roman (1958), *Linguistic and Poetics* in *Essais de Linguistique Générale*, Minuit, Paris (*Saggi di linguistica generale*, trad. di L. Heilmann, Feltrinelli, Milano 1966).
- Kaba, Riyaz A., Sooriakumaran, Prasanna (2007), «The Evolution of the Doctor-Patient Relationship», in *International Journal of Surgery*, n. 5, (February 2007), pp. 57-65.
- Lown, Bernard (1996), *The Lost Art of Healing*, Houghton Mifflin Company, New York.
- Luño, Angel Rodriguez (1997), «La virtù dell'epicheia. Teoria, storia e applicazione (I). Dalla Grecia classica fino a F. Suárez», in *Acta Philosophica*, 6 (2), pp. 197-236.
- Marcum, James A. (2012), *The Virtuous Physician, the Role of Virtue in Medicine*, Springer, New York.
- Pellegrino, Edmund (2002), «Professionalism, profession and the virtues of a good physician», in *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69, pp. 378-384.
- Piazza, Francesca (2008), *La retorica di Aristotele: introduzione alla lettura*, Carocci, Roma.
- Polanyi, Michael (1958), *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*, Routledge, London (*La conoscenza personale*, a cura di E. Rivero, Rusconi, Milano 1990).
- Rabatel, Alain (a cura di) (2004), «Effacement énonciatif et discours rapportés» in *Langages*, 38 (156), pp. 3-17
- Roberts, Robert C., Wood, W. Jay (2007), *Intellectual Virtues, An Essay in Regulative Epistemology*, Clarendon Press, Oxford.
- Sackett, David L., Rosenberg, William M. C., Gray, J. A. Muir, Haynes, R. Brian, Richardson, W. Scott (1996), «Evidence based medicine: what it is and what it isn't», in *British Journal of Medicine*, 312, pp.71-72.
- Schwartzstein, Richard M. (2015), «Getting the Right Medical Students – Nature versus Nurture», in *New England Journal of Medicine*, 372 (17) (April), pp. 1586-7.

Szasz, Thomas S., Hollender Marc H. (1956), «A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship», in *Archives of Internal Medicine*, n. 97, pp. 585-92.

Tambone, Vittoradolfo, Ghilardi, Giampaolo (2015), *La mucca pazza e il dottor Watson, filosofia e deontologia dell'agire medico*, SEU, Roma.

Vendemiati, Aldo (1999), *In prima persona, lineamenti di etica generale*, Urbaniana University press, Roma.

Weber, Max (1919), *Wissenschaft als Beruf*, Duncker & Humblot, München (*La scienza come professione*, trad. di P. Volonté, Rusconi, Milano 1997).

Zagarella, Roberta Martina (2016), «Persuasione, fiducia e reputazione nel discorso medico-scientifico», in *The Future of Science and Ethics*, 1 (2) (November), pp. 97-104.