

Spunti di antropologia medica per la consulenza etica nella pratica clinica

Notes on medical anthropology and ethical counseling in clinical practice

FRANCESCA GIGLIO

Istituto di Bioetica e Medical Humanities, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

La consulenza etica intende aiutare a orientare le scelte nella pratica clinica. Affinché non prevalga, tuttavia, l'impressione di un servizio estrinseco e giustapposto – o persino sostitutivo – rispetto al rapporto fra il paziente e il suo medico, è opportuno ancorare la consulenza al fondamento primo della pratica medica, che risiede proprio nella relazionalità fra i due soggetti e poggia sul fine del bene della persona del paziente. Nel contributo presentato si intende ripercorrere, fra le altre, la lezione del medico e filosofo Pedro Lain Entralgo che ha mostrato come salute e malattia siano esperienze in cui tutta la persona è coinvolta: sulla complessa articolazione della salute deve basarsi la diagnosi integrale dalla quale partire per le valutazioni cliniche finalizzate alla realizzazione del bene del paziente.

Parole chiave: Antropologia medica, Relazione medico-paziente, Persona, Diagnosi integrale

Ethical counseling aims to guide choices in clinical practice. In order to avoid that ethical counseling appears as an extrinsic and juxtaposed – or even substitute – service prevailing over the relationship between the patient and his doctor, it has to be grounded on the main foundation of medical practice: it is the relationship between the two subjects involved, that aim to the good of the patient's person. The article intends to regain, among other things, the lesson of the doctor and philosopher Pedro Lain Entralgo, who demonstrated how health and illness are experiences in which the whole person is involved. The “integral diagnosis” must be based on the complex nature of health, and constitutes the start point for clinical evaluations aimed at achieving the patient's good.

Key words: Medical anthropology, Doctor patient relationship, Person, Integrative diagnosis

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Francesca Giglio
Istituto di Bioetica e Medical Humanities
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore
Largo Francesco Vito 1, 00168 Roma
e-mail: francesca.giglio@unicatt.it



La medicina come relazione

Nel definire il ruolo della consulenza è bene partire da un principio, cioè che l'etica è parte integrante della pratica clinica quotidiana: l'accompagnamento e il supporto al paziente nella scelta dei trattamenti assume senso come espressione della stessa *arte medica* che per sua natura si attua nella specifica relazione fra medico e paziente.

Tale relazione è oggetto di continue sollecitazioni provenienti tanto dagli sviluppi tecnici, che ampliano le possibilità di intervento medico, quanto dai mutamenti culturali che modificano profondamente i termini di questa relazione. Da qui l'esigenza di una consulenza che aiuti a orientare le scelte cliniche: "Quotidianamente i mass media riportano casi sanitari che sollevano questioni bioetiche. Questa è anche l'esperienza di tanti operatori sanitari e amministratori come pure di pazienti/famiglie, che affrontano dubbi e conflitti riguardanti la pratica clinica: dalla fecondazione assistita all'uso delle cellule staminali, dai criteri di assegnazione degli organi per trapianti al consenso alle cure, dalla richiesta di sospendere le terapie alla pretesa di trattamenti di potenziamento delle capacità psico-fisiche, dall'allocazione di risorse sempre più limitate alla necessità di assicurare le cure appropriate, senza tralasciare gli aspetti etici relativi alla valutazione di tecnologie sanitarie [...] le questioni bioetiche non riguardano solo casi eccezionali [...] ma anche la pratica clinica ordinaria. Tutti i soggetti coinvolti nell'azione di cura avvertono la domanda etica: Cosa è bene fare in questa situazione? Nessuno ne è estraneo o esentato: dal paziente all'équipe curante, dalla famiglia all'istituzione sanitaria. Pertanto l'etica è parte integrante e non accessoria della pratica clinica" (Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario, 2014).

Affinché non prevalga, tuttavia, l'impressione di un servizio estrinseco e giustapposto – o persino sostitutivo – rispetto al rapporto fra il paziente e il suo medico, è opportuno ancorare la consulenza al fondamento primo della pratica medica, che risiede proprio nella relazionalità fra i due soggetti e poggia sul fine del bene della persona del paziente.

La consulenza deve quindi non essere riduttivamente rivolta alla mera risoluzione di conflitti fra le volontà dei due soggetti protagonisti – o di ulteriori soggetti coinvolti, seppur secondariamente, nelle scelte della relazione clinica, ma deve coadiuvare la realizzazione del fine stesso di tale relazione che risiede nel bene della persona del paziente, che è opportuno fornisca l'orientamento etico della consulenza. L'esito di tale processo prende le forme del consenso informato che rappresenta la premessa fondamentale di ogni azione medica. Occorre però rilevare, con Alessio Musio, che la comunicazione fra medico e paziente presenta aspetti peculiari che ne fanno un particolare caso di comunicazione umana: "La decisione che rappresenta lo scopo del processo del consenso informato è gravata, infatti, inevitabilmente da una serie di

condizionamenti. [...] Perlopiù, infatti, almeno in partenza in essa manca

1. un linguaggio condiviso, in una situazione che subisce il peso;
2. della diversa capacità di comprensione del medico e del paziente, laddove questo elemento è condizionato ulteriormente;
3. da una radicale diversità di vissuto.

Tutto ciò esprime quanto solitamente si intende dire, quando si definisce la comunicazione tra medico e paziente estremamente asimmetrica" (Musio, 2012). Aggiunge Musio che la tensione al vero bene del paziente rappresenta il discrimine tra l'atteggiamento paternalistico del medico e il significato asimmetrico positivo del rapporto fra le due parti. Nel cosiddetto paternalismo il medico assume su di sé la completa titolarità della decisione clinica, con il rischio che in essa non vengano tenuti in opportuna considerazione aspetti riconducibili alla soggettività del paziente. L'asimmetria rappresenta invece un "dato originario" da tenere in dovuto conto quando si affrontino decisioni volte a un bene che comprenda la soggettività del malato, ma che da solo questi non sa valutare e quindi scegliere.

La natura della relazione medica include questa asimmetria, secondo la quale il soggetto in condizione di bisogno si rivolge a chi ha le necessarie competenze per aiutarlo e condurlo nel processo di cura. In un'epoca che ha voluto superare il paternalismo e ha posto al centro la figura del paziente, quest'ultimo diviene l'agente principale della gestione della sua salute, mentre il medico accetta liberamente il mandato, non come colui che opera su un "oggetto", bensì come collaboratore "qualificato" del soggetto principale, il malato, al fine determinato di promuovere la sua salute. Ciò non significa che il malato possa chiedere al medico qualsiasi azione, né che possa "usurpare" le sue competenze e prerogative specifiche, come sembra emergere da una tendenza frequente che vede il paziente unico agente nelle scelte inerenti la propria salute, e il medico come mero "prestatore d'opera" che deve esimersi da qualsiasi ingerenza in tali scelte prestandosi semplicemente come "consulente tecnico". In quest'ultimo scenario non vi è spazio per un accompagnamento da parte del medico, profondamente intriso di spessore morale, bensì l'unico orizzonte etico possibile è quello della completa autodeterminazione solipsistica del paziente, abbandonato a scelte per cui risulta incompetente, e della tendenza del medico alla prevenzione legale di ogni possibile rischio associato a un'assunzione di responsabilità che ecceda la competenza tecnica. Un tale modello di rapporto pervertirebbe il senso della stessa consulenza etica che dovrebbe limitarsi a facilitare la risoluzione dei conflitti fra gli agenti coinvolti fornendo i termini e i criteri delle possibili scelte, senza fornire alcun orientamento, e rinunciando quindi al presupposto morale della consulenza che risiede nella realizzazione del bene del paziente.

Ricapitolando, l'azione medica entro la quale si inserisce la consulenza, vede come protagonisti due soggetti, con una propria coscienza e integrità morali da salvaguardare, che devono collaborare, con ruoli diversi, al bene, cioè alla salute del paziente: ma nello stesso riferirsi alla salute entrano in gioco fattori che si intrecciano, quali dati clinici, benessere del paziente, soggettività del medico e del malato stesso. Affinché i termini bene e salute non rimangano vaghi concetti astratti sullo sfondo di decisioni orientate da ragioni di ordine meramente burocratico, vale la pena restituirne lo spessore che loro spetta, inquadrandoli in un più articolato orizzonte che definiremo di "antropologia medica".

Salute e malattia in relazione alla persona

La medicina non ha per oggetto una "cosa": pur essendo una *téchne*, ossia una agire appunto tecnico che presuppone un conoscere (in tal caso la conoscenza del corpo dell'uomo) essa non si esercita sulle cose, ma sulle persone: avere a che fare con l'uomo significa sempre misurare il proprio agire in relazione al valore della persona umana. La medicina nel suo carattere di prassi tecnica è diretta al corpo dell'uomo, realtà oggettivabile, nella sua dimensione biologica e fisiologica. Ma la medicina, che non ci limitiamo a definire *téchne* bensì riteniamo anzitutto *relazione*, si innalza verso una dimensione ulteriore: "l'arte medica è volta al corpo tramite cui l'uomo appartiene al regno degli organismi animali, è cosa di natura tra cose di natura e in questo senso rientra nella scienza della natura. Ma si tratta del corpo di una persona (...). Per consentire a una persona di vivere, il corpo deve essere aiutato. Il corpo è l'elemento oggettivo, ma è il soggetto a essere in gioco" (Jonas, 1997).

Si aprono, a questo punto, due questioni, entrambe provenienti dal porre all'origine dell'agire medico la persona. Da un lato una questione antropologica: il corpo (o meglio la corporeità) non è mero accidente, ma è esso stesso espressione di un modo d'essere, il modo d'essere personale dell'uomo, nella cui definizione rientrano "questa carne, queste ossa, questa anima". Solo rigettando la dicotomia corpo (oggetto) / persona (soggetto) e considerando l'uomo nella sua interezza si può cogliere la portata che ogni intervento biomedico ha su tutto l'uomo. L'uomo, per sua natura, *personalizza*, potremmo dire, il proprio corpo (perciò parliamo di corporeità) e quindi la malattia. Tale constatazione ha, d'altro lato, una valenza in termini etici: dal momento che "agire sul corpo dell'uomo è agire sull'uomo stesso" (Spaemann, 2007) ogni intervento medico va commisurato, in termini morali, al valore della persona che è interamente oggetto dell'azione medica. Poiché la disgiunzione fra il corpo e la persona (che significa la sua psiche, l'esperienza del proprio corpo e quindi della propria salute e malattia) è un'operazione impropria e insensata, è doveroso considerare la salute nella sua pienezza antropologica come costituita da fattori oggettivi e soggettivi.

Pertanto, ogni decisione clinica dovrà essere orientata eticamente da un bene commisurato al valore della persona, e praticamente da fattori di natura sia oggettiva che soggettiva.

Maria Teresa Russo mette in luce l'insufficienza di un criterio nell'agire medico che tenga conto della sola dimensione "clinica" di salute e malattia: "L'approccio clinico, infatti, legittimo nel momento più strettamente diagnostico e terapeutico, si limita a una descrizione nella quale la malattia è sempre vista come una perdita di funzioni o di abilità, [...] una diminuzione del potere-di-fare." Un tale approccio, esattamente come quello che, all'opposto, esalta la dimensione soggettiva del paziente come dirimente nell'azione medica, riduce salute e malattia ai soli fattori oggettivi o soggettivi. È allora necessario "recuperare un approccio antropologico alla malattia, per valutarla nel suo spessore di esperienza biografica, nonché un approccio morale, che la consideri dal punto di vista del malato" (Russo, 2004).

Palma Sgreccia, nelle sue *Lezioni sulla filosofia della salute*, fa notare come la salute sia un concetto analogo e non univoco, che si può dire a vari livelli perché è un equilibrio organico, relazionale e spirituale, in cui ogni aspetto è connesso con gli altri proprio perché è riferito alla complessità corporeo-spirituale della persona. "Non è possibile comprendere il contenuto della nozione di salute, se non combinando i criteri oggettivi, quelli soggettivi e quelli socioculturali. Se si utilizzano esclusivamente i criteri oggettivi, ossia quello morfologico dell'assenza di lesioni, quello morfologico della mancanza di tare genetiche e di agenti patogeni, quello funzionale della normoreattività e quello comportamentale dell'integrazione sociale, se in definitiva, si terrà conto solo della norma e non solo del ruolo o delle relazioni, si sottovaluteranno tutti quegli aspetti soggettivi che sono determinanti nel sentirsi in buona salute." (Sgreccia P., 2008) La complessità semantica dei concetti in gioco emerge anche da domande intorno al significato, ad esempio, di guarigione, che al contempo indica il recupero della condizione di salute da un punto di vista strettamente clinico e il recupero dello stile di vita precedente la malattia, che possono non coincidere; similmente vi è differenza dall'essere sani e il sentirsi sani, e fra l'essere malati e il sentirsi malati. Possiamo concludere affermando che "la nozione di salute possiede, dunque, una complessità che sfugge alla riduzione a uno solo degli aspetti, oggettivi, soggettivi, socioculturali".

Pedro Laín Entralgo, medico filosofo, offre un'articolata analisi delle componenti che contribuiscono a definire la salute – e quindi la malattia come suo correlato. Egli annovera diversi criteri di tipo oggettivo: quelli morfologici che indicano come stato di salute l'assenza di malformazioni e lesioni, e di carattere etiologico che mostrano il soggetto come esente da cause organiche interne od esterne che inducono la malattia. Fra i criteri oggettivi cita inoltre quelli di tipo funzionale – secondo i quali sano è colui le cui funzioni rientrano per qualità e quantità entro i limiti che determinano il modello funzionale della specie cui appartiene –, i criteri di tipo

ergico o utilitario – cioè il poter aver un buon rendimento vitale determinato socialmente, quindi secondo l'*ergon*, l'operato, dell'individuo per l'utile della società –, e infine quelli di tipo comportamentale per i quali è in salute chi manifesta un comportamento sano.

Fra i criteri soggettivi Entralgo annovera una serie di "percezioni" da parte del soggetto riconducibili alla generica ma significativa espressione "sentirsi sano". Fra questi vi è la coscienza da parte dell'individuo della propria validità e un buon rapporto fisico e psicologico con i limiti che in varia maniera appartengono a ogni essere umano, e il generale sentimento di benessere psico-organico e la sensazione di "libertà dal proprio corpo": quando si è sani, infatti, si vive nel proprio corpo dandolo pressoché per scontato, svolgendo in modo inconscio e automatico una molteplicità di normali funzioni, mentre malattia e invalidità pongono limitazioni al soggetto dipendenti proprio da quel corpo che, prima "silenzioso", ora si impone all'individuo proprio nelle dimensioni del limite e del dolore anzitutto fisico. I fattori soggettivi, per quanto significativi e necessari perché il paziente si riconosca come malato, non sono tuttavia sufficienti a determinare uno stato di malattia poiché essa viene a formarsi, come vedremo, in presenza di un disordine morboso e funzionale.

Una comprensione integrale della salute che tenga conto sia di ciò che l'uomo è sia del contesto in cui l'individuo vive l'esperienza di salute e quella di malattia, deve riferirsi, secondo Laín Entralgo, alla complessità e alla relatività della salute. Anzitutto, per delineare un concetto integrale di salute nell'uomo non si possono trascurare i criteri di carattere oggettivo svolgendo quindi un'indagine morfologica, eziologica, funzionale, ergica e comportamentale. Complementari, seppur insufficienti in sé nel definire la salute, saranno i criteri di carattere soggettivo per cui il medico non potrà trascurare un paziente che non fosse in grado di dire "mi sento sano" senza poter escludere simulazioni o nevrosi.

La salute sarà sempre uno stato relativo: la salute perfetta che soddisfi tutti i criteri sopraelencati costituisce un'utopica condizione limite. La salute avrà piuttosto la dimensione dinamica di un equilibrio dettato da una certa "normalità" oggettiva e da un "sentirsi bene" soggettivo: sarà quindi "un'abitudine psico-organica al servizio della vita e della libertà della persona [...] nella capacità fisica di realizzare con il minimo fastidio, con il minimo danno e, se ciò fosse possibile, con un vero benessere o piacere, i progetti vitali della persona in questione" (Laín Entralgo, 1998).

Veniamo ora, invece, alla definizione di malattia che Laín Entralgo sintetizza come segue: "La malattia umana è un modo doloroso e anomalo della vita della persona, reattivo a una alterazione del corpo psico-organicamente determinata; alterazione per opera della quale le funzioni e le azioni dell'individuo colpito patiscono una sofferenza, e reazione grazie a cui il malato torna allo stato di salute (malattia curabile), muore (malattia mortale) o riporta una deficienza vitale permanente (m. cicatriziale)".

Mentre la malattia non è una proprietà dell'uomo, la possibilità di ammalarsi è, invece, intrinseca alla natura umana. Ma cos'è, in modo particolare, la malattia *umana*, ossia cosa significa per l'uomo essere malato? La malattia, come la salute, è caratterizzata da una dimensione oggettiva, reale per chi la osserva nel suo aspetto organico che investe il corpo del soggetto malato: ha perciò una realtà sensibile e conoscibile che il medico può oggettivare attraverso i mezzi della professione. Al contempo, la malattia ha una dimensione soggettiva per colui che vive il proprio corpo affetto da patologia: essa costituisce un episodio biografico che si verifica nel corso della realizzazione della vita del singolo. La dimensione soggettiva è data dal meccanismo di appropriazione che si innesca nel malato, che vive la situazione di infermità che investe la realtà globale della persona e al contempo induce il soggetto a reinterpretare il proprio stato in virtù della propria intelligenza e in rapporto dialettico con la propria libertà nel vivere i significati dell'esperienza del limite nel complesso della propria esistenza.

Entralgo infatti mostra come la possibilità di ammalarsi e il processo di appropriazione e interpretazione della malattia rivelino alla persona aspetti intrinseci alla propria natura, ponendo l'individuo in condizione di riconoscere – *la propria corporeità*, poiché la malattia ci pone davanti alla nostra realtà essenzialmente corporea e perciò limitata, *la coesistenzialità*, cioè il fatto di essere esseri caratterizzati dalla dimensione relazionale che si fa più urgente in condizione di bisogno o l'invalidità, *la vulnerabilità*, poiché l'infermo possiede in nuce una certa intuizione della nostra sempre allarmante mortalità, *la dolorabilità*, ossia il fatto che l'uomo è essenzialmente suscettibile al dolore tanto fisico quanto morale, percezioni entrambe presenti nel sentirsi malati, cioè nel subire una condizione fisica e il rendersi conto dei propri limiti e della propria fragilità dal punto di vista morale ed esistenziale.

Il processo di appropriazione fa sì che il soggetto viva la malattia come propria, che lo affligge e gli appartiene come esperienza di se stesso ed è per questo oggetto di interpretazione dando modo al singolo di comprendere e interpretare se stesso nella propria realtà e natura. Essa porta, pertanto, con sé un profondo significato antropologico poiché apre al senso del valore e della preziosità della vita umana: "do il nome "valore" – sebbene talvolta sarebbe più opportuno chiamarla "preziosità" – alla condizione essenzialmente pregevole della vita umana. Vulnerabile, mortale, debole, menomata, sempre aperta al dolore, radicalmente incomprensibile, la nostra esistenza ha un suo valore, è pregevole. Sempre, anche quando la malattia ce la mostra sensibilmente lesa, minacciata di morte, smisuratamente menomata, acutamente dolorosa e addirittura smisuratamente incomprensibile." Anche l'esperienza della malattia ci lega alla vita perché la sofferenza che deriva dal soffrirli mette in evidenza il valore dell'essere sani che al momento risulta venir meno, poiché insegna a lottare da soli o insieme agli altri, cifra della grandezza e della preziosità dell'essere uomini: in tal modo essere

malato può significare anche esser capaci di qualcosa cui non si potrebbe giungere se non si fosse appunto infermi. In sintesi, il fenomeno della malattia-per-me ci dice che “poiché l’uomo può sentirsi malato, e in quanto si sente tale, quando di fatto giunge a questo stato, la realtà dell’uomo è corporea, coesistente, vulnerabile, dolorabile, appropriatrice, interpretabile e preziosa”.

Maria Teresa Russo interpreta le possibilità di autoriflessione aperte dalla malattia come un compito, un *ergon* o *labor*, consegnato alla persona che vive tale esperienza, citando le parole di Martin Heidegger per cui la malattia costituirebbe “un accesso privilegiato all’autocoscienza” e di Friedrich Nietzsche, la cui malattia si pone all’origine di molta parte del suo complesso percorso filosofico ed esistenziale: “*Si esce sempre come un altro uomo, con qualche interrogativo in più. Si torna indietro rinati, con la pelle cambiata, più suscettibili [...] con i sensi più giocondi, con una seconda più pericolosa innocenza nella gioia, più fanciulli e al tempo stesso più raffinati di quanto per l’innanzi ci fosse accaduto*”.

La diagnosi integrale

La sofferenza causata dalla malattia, che sintetizza la componente soggettiva della condizione di infermità, coinvolge tanto chi soffre, quanto coloro che rispondono all’appello del sofferente, e per questo da adito a un’esperienza relazionale che dovrebbe essere informata da compassione, in cui *cum-patire* significa immedesimarsi nel dolore altrui e farsene carico. Afferma Russo: “La compassione è, dunque, una manifestazione di responsabilità che si configura essenzialmente come resistenza a lasciare l’altro nella solitudine del suo dolore, desiderio di farsi prossimo e di intervenire per quanto è possibile [...] sentendosi chiamati in causa”. La compassione potrebbe tradurre il significato originario e positivo che si è voluto individuare nell’asimmetria fra il malato e medico, che altrove è stata espressa come *un incontro fra una fiducia e una coscienza*.

La riflessione etica degli ultimi decenni, tuttavia, ha contribuito a contrapporre i due soggetti della relazione medico-paziente enfatizzando da ambo le parti i rispettivi diritti e doveri da far rispettare, ora sottolineando l’autonomia del paziente, ora quella del medico oppure gli obblighi di quest’ultimo. Il proceduralismo che ne consegue rischia di svuotare il rapporto fra i due soggetti facendo venir meno la dimensione relazionale, riducendo in tal modo lo spessore morale della relazione di cura – che abbiamo definito incontro, compassione – alla semplice dicotomia meramente formale consenso-conflitto.

“Il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura”: la legge 219/17 che disciplina il consenso informato sottolinea l’importanza del dialogo fra medico e paziente non riducendolo pertanto a semplice informazione. Il dialogo fra il malato e il medico è il momento dell’instaurarsi della

relazione di fiducia e compassione che è già parte essenziale della cura: la comunicazione è il mezzo prioritario attraverso cui poter realizzare gli obiettivi di tale relazione, permettendo al paziente di esprimere i suoi bisogni, le sue aspettative in relazione alla malattia, i suoi valori, e al medico, a sua volta, di adoperarsi per raggiungere il reale bene del malato accompagnandolo verso una scelta autenticamente libera. “Il coinvolgimento del paziente nella gestione della propria malattia, la personalizzazione (laddove possibile) degli schemi di trattamento e dei protocolli assistenziali, sono tutti obiettivi che dovrebbero essere perseguiti secondo un’etica che guardi alla dignità della persona, che esalti l’umanizzazione della medicina” (Sgreccia E., 2012).

Questa impostazione rispecchia quanto proposto da Pellegrino e Thomasma, i quali indicano nella persona come riferimento tanto etico quanto di antropologia medica (l’individuo vive infatti l’infermità *da persona* nella doppia componente fisica e psichica) il vero fondamento del dovere di promuovere il bene del paziente nel rispetto della sua autonomia. Il bene del malato, secondo gli autori del modello della *beneficenza in trust* dovrà essere considerato tanto nella sua componente squisitamente fisica quanto in relazione a ciò che il paziente percepisce e ritiene sia bene per lui.

Ciò sembra accostarsi bene a quanto suggerito da Laín Entralgo, che dalla definizione di salute come complesso di fattori soggettivi e oggettivi, fa seguire la valutazione delle scelte da operare nella prassi clinica, che definisce diagnosi integrale. Secondo Laín Entralgo il medico è tenuto ad accostare alle tecniche diagnostiche tradizionali volte alla constatazione oggettiva dei dati clinici una più ampia indagine sull’“organismo personale”. Scopo della ricerca sarà il modo personale con il quale il paziente vive la malattia, i significati che questi attribuisce a tale esperienza e quanto questa influenzi l’ambiente sociale circostante – o ne sia influenzata. La “diagnosi integrale” operata dal medico sarà, quindi, l’atto attraverso il quale il medico completa e trascende l’astrazione inferenziale deduttiva dei dati clinici, tenendo in conto ciò che la malattia è in relazione al modo di vivere della persona, come affezione di un soggetto in cui si fondono l’*organismo personale* e la *persona organica* (Laín Entralgo, 1998).

Il percorso svolto sin qui è servito a ribadire la natura profondamente etica della pratica clinica, che si rivolge, appunto, a quell’organismo la cui dimensione personale, sia in senso antropologico che morale, deve fungere da riferimento nell’orientare le scelte cliniche.

Tale impostazione non esclude in linea di principio la possibilità del conflitto fra gli agenti poiché questi possono partire da una distanza incolmabile fra diverse concezioni di bene e interesse. D’altro canto è altrettanto vero che l’eventualità del conflitto è parte integrante di una medicina che ha perso la sua originaria vocazione relazionale. Perciò sembra opportuno richiamare l’importanza della relazione come luogo in cui il medico incontra, conosce e si fa carico dell’intero portato del paziente in relazione alla sua malattia.

In tal senso l'opera di consulenza, come processo che facilita la comunicazione e, di conseguenza, traccia le possibili vie per la risoluzione dei conflitti, assume un ruolo cardine proprio al fine di ridare vita alla relazionalità originaria da cui prende avvio l'intera azione clinica.

Bibliografia

- Gruppo Nazionale di Etica Clinica e Consulenza Etica in ambito Sanitario. *Documento di Trento*. Medicina e Morale 2014;1:121-7.
- Heidegger M. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi 1976.
- Jonas H. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*. Torino: Einaudi 1997.
- Lain Entralgo P. *Antropologia medica*. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline 1998.
- Musio A. *La relazione tra medico e paziente alla prova del consenso informato*. *Filosofionline* 25.03.2012 (<https://www.filosofionline.com/2012/03/25/alessio-musio-la-relazione-tra-medico-e-paziente-alla-prova-del-consenso-informato/>)
- Nietzsche F. *La gaia scienza*. Milano: Mondadori 1979.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: OUP 1993.
- Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari. *Carta degli Operatori Sanitari*. Città del Vaticano 1995.
- Russo MT. *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli: Rubbettino 2004.
- Sgreccia E. *Manuale di bioetica*. Milano: Vita e Pensiero 2012.
- Sgreccia P. *La dinamica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute*. Milano: Vita e Pensiero 2008.
- Spaemann R. *Persone. Sulla differenza fra "qualcosa" e "qualcuno"*. Bari: Laterza 2007.