

Opinione

Etica della comunicazione in medicina

Carlo Fernandez

Collegio di Cardiologia Pratica ANCE, Firenze

Key word:
Ethics.

The present situation of the information related to the new therapeutical and diagnostic possibilities in all fields of medicine is at risk, because it is undermined by a series of promoting elements which influence its ethicality. Some of the causes to be mentioned refer to the changes occurred in the society and in the economy of western countries, as well as the evolution of the scientific thought, both in terms of research and of applied philosophy.

The advent of the welfare state, of consumerism, the enormous successes in all fields of medicine, the diffusion of communication together with the inevitable, uncontrollable personalization, are certainly concomitant causes.

The conclusions we can draw cannot be optimistic. Those who practice medicine, therefore, should pay particular attention to the scientific aspects.

Applied science, the ethics of the message but above all the relationship doctor-patient, which should be lived as a vocation, represent a useful filter to curb the risk of a decadent and consumeristic practice, where the patient becomes an object rather than an individual.

(Ital Heart J Suppl 2002; 3 (12): 1225-1228)

© 2002 CEPI Srl

Ricevuto il 6 novembre
2002; accettato il 14
novembre 2002.

Per la corrispondenza:

Prof. Carlo Fernandez

Via Marchese di
Villabianca, 3

90143 Palermo

E-mail:

fernandez@libero.it

L'elemento che sta alla base delle cosiddette civiltà industriali è oggi la "comunicazione". Attraverso questa l'individuo viene costretto (anche se apparentemente in modo inconscio) ad effettuare le scelte che incidono pressoché totalmente sul suo modo di essere e di operare.

Tutto quanto attiene alla salute, e quindi alla medicina, non è sfuggito a questa regola ed il rapporto esclusivo tra medicina e paziente, determinante fino a qualche decina di anni fa, è stato via via sostituito da tutta una serie di messaggi manifesti o subliminali che hanno finito con il dare vita ad una medicina "universale" che ha scavalcato il medico per raggiungere direttamente l'individuo malato o quello sano che teme di diventarlo.

I mezzi con i quali si è diffuso questo nuovo rapporto sono quelli della comunicazione e si basano sulla stampa laica a grande diffusione, sull'immagine televisiva e sulle mille notizie, quasi sempre prive di filtro scientifico, che è possibile ricavare da internet.

L'autorevolezza del messaggio scientifico esiste ancora, ma per tempi brevissimi, in quanto la notizia non appena pubblicata diviene patrimonio comune e la sua diffusione, ovviamente ad opera di operatori laici quali sono i giornalisti o tutti coloro che operano per i mezzi di diffusione, viene

semplificata, o amplificata, comunque quasi sempre distorta.

L'utente è frastornato, viene illuso, ma avendo perso l'abitudine al dialogo con il suo medico personale, si rifugia in un limbo irrazionale dal quale si sposta episodicamente per accettare o rifiutare quanto il messaggio gli propone. Questa alternanza lo induce a compiere tutta una serie di tentativi che hanno quale scopo finale quello di ridurre il sintomo per il quale ha fatto ricorso a quel percorso diagnostico o terapeutico a lui illustrato con enfasi e con promesso successo.

Chi ha intrapreso la professione medica alcuni decenni fa si trova in un serio imbarazzo e non può non fare riferimento all'iter della ricerca scientifica che doveva necessariamente passare al vaglio degli studi di fase III con gruppi di controllo, trattati con assegnazioni a pazienti randomizzati e controllati con placebo o meglio alle sperimentazioni in cieco e doppio cieco che offrivano alla fine elementi di assoluta certezza e grande sicurezza¹.

Solo di recente a questi schemi si è aggiunto quello della "medicina basata sull'evidenza" che ha allargato il campo di osservazione consentendo di trarre delle conclusioni circa l'utilità o meno di un trattamento terapeutico o di un procedimento diagnostico ricavando da grandi popolazio-

ni sotto osservazione standardizzata, dati utili per il singolo paziente.

L'“evidence-based medicine” è nata circa 10 anni fa con l'idea di utilizzare meglio i dati provenienti dal ritmo sempre più rapido della ricerca clinica e con la contemporanea possibilità di consentire al medico l'apprendimento clinico a partire dalla casistica quotidiana attraverso l'individuazione di specifici quesiti cui fornire la risposta; ma anche la valutazione critica della validità e dell'applicabilità dei dati su cui basare la risposta e l'applicazione dei risultati dei trial ai singoli casi, nonché la misura dell'efficacia; ciò ne ha fatto uno strumento validissimo oggi alla base della corretta informazione medica².

Queste realtà così distanti da quanto osserviamo giorno dopo giorno ci propongono la revisione di tutto quanto si ha alle spalle e che alla fine può essere utile per la valutazione dei fenomeni attuali, poco comprensibili e tali da determinare nel medico malessere e sbiottamento.

È quindi forse opportuno rivedere il lungo percorso del pensiero scientifico; questo parte in fase pre-aristotelica da una conoscenza di tipo magico nei confronti dell'oggetto e del reale. A questa segue un secondo periodo metafisico che ha condizionato tutto il secondo millennio, che introduce metodiche legate ad una concezione meccanica della logica sulla cui base si sono sviluppate derivazioni e classificazioni positivistiche e logico-empiristiche. Infine un periodo che inizia intorno agli anni '50 con numerosi filosofi che sferrano un serrato attacco ai metodi dell'empirismo logico (Popper, Polany, Toulmin, Kuhn, Feyerabén) e che rifiutano di servirsi esclusivamente della logica formale quale strumento primario dell'analisi della scienza ai fini della definizione del metodo di ricerca, inserendo in questo studio motivi di esempi tratti dalla storia di questa³.

Queste premesse filosofiche possono essere applicate e trasferite alla ricerca medica ove possiamo identificare un primo periodo di medicina spirituale o della magia; un secondo periodo empirico che si positivizza sempre più sulla base delle acquisizioni tecnologiche e delle conoscenze parcellari che queste stesse consentono; ed infine un periodo attuale, di revisione critica, rivoluzionaria rispetto al tradizionalismo metodologico.

Ma è l'allargamento dei confini cognitivi che rende sempre più complesso il nesso di relazione tra scienza di base e scienza applicata e ciò può spiegare ma non giustificare il ripiegamento di molti scienziati sulle “certezze di metodo”. Intendiamo riferirci all'atteggiamento psicologico di chi, conferendo al rigore metodologico valore di fine, si rifugia in porzioni di mondo sempre più limitate, manifestando un disincanto ed una sicurezza che non possono che essere considerati volutamente illusori.

Le limitazioni metodologiche imposte al ricercatore ed ispirate dalla necessità di pervenire a risultati assolutamente “certi”, e qui intendiamo riferirci all'utilizzazione dei controlli tipo cieco, doppio cieco, place-

bo, ecc., hanno finito con il condizionare la ricerca ed hanno determinato effetti positivi e negativi⁴.

È forse pensabile che tra i fattori negativi insiti in questa rigorosa impostazione metodologica possano trovare spiegazione le tante e sempre più pressanti deviazioni relative all'informazione medica incontrollata, all'empirismo, al “nuovo”.

Parallelamente proprio in questi ultimi 2 anni, quasi ad inaugurare il terzo millennio si è enormemente allargata l'area medica laica intesa nel senso di nuove proposte diagnostiche e terapeutiche, intendiamo riferirci all'omeopatia, all'agopuntura, ai vari massaggi orientali ed alle altre mille discipline, molte delle quali hanno ricevuto l'accettazione ufficiale a livello ordinistico!

L'enorme ed ingravescente sviluppo di nuove mode mediche e terapeutiche rischia di creare un rumore di fondo tale da influire sul paziente meno preparato e con un rapporto labile con il suo medico.

L'eventuale inefficacia o il parziale successo nell'uso di un farmaco da questi consigliato, il perdurare del sintomo, l'assenza del pieno benessere hanno condizionato l'inevitabile ricerca di altri presidi terapeutici diversi da quelli scientificamente provati.

È questa una realtà che verificiamo giorno dopo giorno e di fronte alla quale non abbiamo grandi armi di difesa. Nel prossimo immediato futuro avranno facile capacità di conquistare l'attenzione del nostro paziente tutte quelle nuove metodiche diagnostiche capaci di individuare la malattia prima ancora che essa sia evidente, quasi che la prevenzione, specie quella primaria, sia riuscita ad innescare un processo di attenzione sulle popolazioni anche sane, offrendo loro, in genere a caro prezzo, ipotetici metodi diagnostici mirabolanti capaci di riconoscere il male là ove ancora non c'è.

Gli esempi che si possono desumere dalla stampa laica e non, sono tantissimi e spesso non solo ne è imputabile la stampa ma anche altri mezzi di informazione e prima fra tutti la televisione. Un caso abbastanza significativo è quello relativo ad un'“informazione pubblicitaria” che ha occupato intere pagine di una rivista settimanale italiana ad altissima tiratura ove era illustrata in modo enfatico e trionfalistico la possibilità di effettuare un'indagine diagnostica di recentissimo sviluppo anche in “soggetti sani e privi di sintomi, che godono di buona salute e che in buona salute vogliono rimanere”. È interessante notare, per confronto, che secondo l'American College of Cardiology questo tipo di indagini, in assenza di prove provate, viene attualmente riservato solo ad un piccolo e specifico gruppo di pazienti selezionati evitando di creare una popolazione di soggetti ansiosi di essere sottoposti a questo test^{5,6}.

Al contrario (e qui si apre il grande scenario dell'informazione via internet) una semplice ricerca con la corretta parola chiave consente di avere, nella propria lingua, pagine e pagine di informazioni entusiastiche e

dettagliate su questo nuovo esame, ovviamente magnificato, effettuabile da sani e malati, test di brevissima durata, di alto costo (e su ciò si sorvola!) fornendo anche sempre via internet tutte le informazioni utili e gli indirizzi necessari dove effettuarlo. Di questi esempi potremmo portarne purtroppo a centinaia e temiamo che saranno in costante aumento.

È drammatico e scoraggiante nella sua diversità il confronto con quanto è avvenuto più di 1000 anni fa per un simile problema, ma quando il modello esplicativo principale, utile e serio, era il messaggio visivo fatto anche per essere percepito da chi non sapeva leggere.

I meravigliosi mosaici delle chiese di Palermo, di Ravenna, di Venezia e del Battistero di Firenze, per citarne solo alcune, hanno narrato a migliaia e migliaia di individui episodi di storia sacra all'interno della storia dell'umanità e possiamo considerare queste opere musive come la "Bibbia dei poveri" destinate per il popolo analfabeta che, per usare le parole di San Gregorio Magno, nel 559 diceva: "coloro che non sanno leggere leggano, almeno guardando le pareti, quelle cose che non riescono a leggere nei libri". Fu divulgazione *ante-litteram*. Ne avvertirono per primi l'esigenza i papi dell'epoca e i monaci che vollero trasferire sulle pareti delle chiese le immagini fino ad allora miniate solo sugli Evangelii; preziose, ma destinate all'uso di pochi e che rischiavano di morire come fiori messi a disseccare. Più di 1000 anni sono passati; l'attuale babele dei linguaggi superspecialistici ripropone ora nuove esigenze di divulgazione ma con necessità di chiarezza e di sintesi⁷.

All'interno dei problemi insiti nel tema in oggetto non possiamo trascurare l'adeguatezza del linguaggio che deve essere mirata sia là dove la componente scientifica si rivolge al laico con l'intento di promuovere elementi protettivi per lo stesso, che là ove è il laico che si inserisce sotto le spoglie del divulgatore e cerca di fornire spiegazioni più o meno utili e più o meno mirate (come dicevano le note dell'American College of Cardiology) a dar vita ad "un mercato di pazienti ansiosi di sperimentare quanto loro proposto".

È a tutti nota la polemica riferita dalle pagine del *JAMA*⁸, che si è conclusa con l'allontanamento del Direttore della rivista che reclamava piena indipendenza editoriale. Il Comitato di Redazione in questa occasione ha proposto ai lettori un decalogo nel quale sono riportati i principali obiettivi del *JAMA*. Tra questi meritano particolare attenzione il "promuovere la scienza e l'arte della medicina; fornire l'istruzione permanente sulle discipline di base e su quelle cliniche; innalzare i livelli di qualità dell'assistenza sanitaria, della prevenzione delle malattie e della ricerca; anticipare le tendenze emergenti; informare i lettori in merito agli aspetti non clinici della medicina e della sanità pubblica ivi compresi quelli politici, filosofici, etici, legali, ambientali, economici, storici e culturali, nonché informare i lettori sui progressi della medicina anche in campi diversi dal proprio".

Non vi sono grandi possibilità di difesa di fronte a tutto ciò: il primo dei requisiti è o dovrebbe essere sempre la legittimità scientifica di chi scrive. In una cultura quale è l'attuale, la conoscenza dei problemi generali della scienza dovrebbe consentire di prospettare a chi ci legge elementi di interdisciplinarietà tali da rendere intercomunicanti i settori dello scibile apparentemente non collegati rendendo automatico l'autocontrollo di ciò che si enuncia.

Si potrà limitare, ma non eliminare, il danno delle "mode terapeutiche" spesso potenziate dal far intravedere una quota di mistero e di stupore misto ad un pizzico di incertezza in ciò che si è appena scoperto, che è o entrerà quanto prima nel bagaglio diagnostico e terapeutico disponibile per tutti.

Quali armi abbiamo utili ad evitare che esista e si diffonda la scorretta divulgazione medica? Molto poche e tra queste metterei al primo posto il dialogo tra medico e paziente inteso come una missione e come un baluardo contro il diffondersi di notizie false o subdole. Ogni medico dovrebbe fare nel proprio ambulatorio opera di divulgazione con l'obiettivo di informare il paziente in termini per lui facilmente comprensibili sui fattori predisponenti della sua malattia, sul significato delle terapie e dei più frequenti sintomi di allarme e sugli eventuali rischi delle procedure diagnostiche necessarie, onde in questi casi ottenere un consapevole "consenso informato".

La comunicazione diretta con il paziente è forse la forma più nobile di "divulgazione" là dove emerge l'arte del comunicare; informare non basta e la partecipazione umana diviene supporto psicologico. Solo la sensibilità personale e la conoscenza del paziente ci possono aiutare a scegliere le corde emotive da toccare, volta per volta.

Dialogare con il paziente è comunicare sulla sua stessa lunghezza d'onda con un continuo scambio di parole e sfumature espressive i cui toni dovranno prontamente adattarsi sulla base di una semplice reazione mimica del paziente; un messaggio che è insieme scienza, umanità ed arte.

Sarà quindi questa un'opera di divulgazione personalizzata, o meglio individualizzata, affinché l'individuo si tolga di dosso lo schermo tipico in una società sempre più consumistica sperando che possano così cadere le timidezze, le inibizioni e i meccanismi di negazione della malattia che talora ostacolano la comunicazione tra i due attori: il paziente ed il medico.

Il basso costo dei messaggi ed una certa ansia soggettiva contemporanea all'aumento di ciò che è rivolto alle popolazioni in merito alla prevenzione primaria e secondaria sono tutti elementi che possono avere ulteriormente contribuito a condizionare quanto oggi osserviamo.

Le possibilità di difesa sono limitate ma essenziali ed urgenti: il rigorismo scientifico nella ricerca e nella sua divulgazione ed il miglior ed attento rapporto tra medico e paziente.

Riassunto

L'attuale situazione delle informazioni inerenti alle nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche in tutti i campi della medicina è a rischio perché minacciata da una serie di componenti divulgative che ne condizionano l'eticità. Tra i motivi possiamo indicare le modifiche dello stato sociale e dell'economia dei paesi occidentali, nonché l'evoluzione del pensiero scientifico sia in termini di ricerca che di filosofia applicata.

L'avvento dello stato assistenziale, del consumismo, gli enormi successi ottenuti in tutti i campi della medicina, la diffusione dei mezzi di comunicazione con l'inevitabile personalizzazione incontrollata, ne sono certamente concause.

Le conclusioni non possono essere ottimistiche ma proprio per questo devono imporre maggiore attenzione alla componente scientifica di chi fa medicina. La scienza applicata, l'eticità del messaggio, ma soprattutto il rapporto medico-paziente vissuto come missione, prima e di più dell'essere soltanto medici, possono costituire un filtro utile a frenare il rischio di una medici-

na decadente e consumistica dove il malato diviene oggetto anziché individuo.

Parola chiave: Etica.

Bibliografia

1. Bobbio M. Trial clinici. Torino: Centro Scientifico Editore, 1996.
2. Yusuf S, Cairns JA, Camm AJ, et al. Evidence-based cardiology. London: BMJ Publishing Group, 1998.
3. Brow NH. La nuova filosofia della scienza. Bari: Edizioni Laterza, 1984.
4. Fernandez C, La Menza B, Pola P. Trial clinici di fase IV e di farmacovigilanza. Nuove ipotesi metodologiche. In: Atti del I Congresso Nazionale ANCE. Roma: Edizioni CEPI, 1985: 97-139.
5. The ACCF 35th Annual New York Cardiovascular Symposium. New York, NY: Am Coll Cardiol Found, 2002.
6. Knez A, Becker C, Becker A, et al. Determination of coronary calcium with multi-slice spiral computed tomography: a comparative study with electron-beam CT. *Int J Cardiovasc Imaging* 2002; 18: 295-303.
7. Domenichelli B, Domenichelli L. Obiettivi e linguaggi della divulgazione in medicina. *Cuore e Salute* 1998; 6: 34-41.
8. Lettera del Direttore. *JAMA* edizione italiana 1999; 2: 134-7.