

I presupposti filosofici della pianificazione condivisa delle cure: vulnerabilità, autonomia relazionale, medicina come pratica di cura

Enrico Furlan, Silvia Tusino*

PHILOSOPHICAL PREMISES OF SHARED CARE PLANNING: VULNERABILITY, RELATIONAL AUTONOMY, MEDICINE AS A PRACTICE OF CARE

ABSTRACT: Shared care planning is a tool with great potential, but its effective application depends on understanding and applying key philosophical premises. This essay explores four critical premises: implicit anthropology, the conception of autonomy, the notion of medicine, and the model of the doctor-patient relationship. We aim to demonstrate that successful shared care planning requires adopting a more phenomenologically accurate perspective on illness, medicine, and the patient-caregiver relationship. Furthermore, we advocate for educational programs that cultivate a deeper appreciation of what it means to respect and support autonomous yet inherently vulnerable individuals.

KEYWORDS: Advance care planning; shared care planning; relational autonomy; vulnerability; care relationship; medicine as a practice of care

ABSTRACT: La pianificazione condivisa delle cure (PCC) è un istituto giuridico dalle grandi potenzialità, che tuttavia può essere utilizzato bene solo se colgono alcuni fondamentali presupposti filosofici che dovrebbero ispirarne e orientarne l'impiego. In questo saggio ne discutiamo quattro: l'antropologia implicita; la concezione dell'autonomia; la nozione di medicina; il modello di relazione medico-paziente. Il nostro obiettivo è mostrare come un ricorso efficace alla PCC richieda l'adozione di una prospettiva fenomenologicamente più accurata sulla malattia, sulla medicina e sulla relazione tra pazienti e caregiver. Inoltre, sosteniamo l'importanza di programmi di formazione che promuovano una comprensione più profonda di cosa significhi rispettare e supportare persone autonome ma intrinsecamente vulnerabili.

PAROLE CHIAVE: Pianificazione condivisa delle cure; autonomia relazionale; vulnerabilità; relazione di cura; medicina come pratica della cura

* Enrico Furlan, Professore Associato di Filosofia morale, Università di Padova. Mail: enrico.furlan@unipd.it. Silvia Tusino, ricercatrice di Filosofia morale, Università di Padova. Mail: silvia.tusino@unipd.it. Il lavoro è frutto della riflessione condivisa dei due Autori ed è stato condiviso e rivisto unitariamente da entrambi. Tuttavia, ai soli fini accademici, ST ha la responsabilità principale dei §§ 2-3, EF dei §§ 4-5. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. Relazionali e vulnerabili: un'antropologia dell'interdipendenza – 3. L'autonomia in relazione – 4. La medicina come forma competente della cura – 5. Un modello deliberativo del rapporto medico-paziente – 6. Conclusione.

1. Introduzione

La pianificazione condivisa delle cure (PCC) è una delle novità introdotte dalla L. 219/2017 per favorire l'autodeterminazione delle persone anche in situazioni di malattia progressivamente invalidante, in cui si prevede possa intervenire a un certo punto una condizione di incapacità. In tali casi, la PCC è vista come uno strumento agile ed efficace per discutere per tempo i desideri e le volontà del paziente, consentendogli di partecipare alla progettazione del proprio piano di cura e di assumere decisioni vincolanti su di esso. Si tratta di un istituto giuridico di grande potenzialità, che tuttavia può essere utilizzato in modo adeguato e non burocratico solo se si mettono a fuoco alcuni fondamentali presupposti filosofici che dovrebbero ispirarne e orientarne l'impiego.

In questo saggio ne presentiamo e discutiamo quattro: un'antropologia che riconosca, accanto alla razionalità, anche l'intrinseca vulnerabilità e relazionalità degli esseri umani (§ 2); una nozione di autonomia meno astratta e individualistica, più attenta all'importanza delle relazioni di cura e fiducia proprio ai fini dell'effettivo rispetto della libertà delle persone (§ 3); una nozione non riduzionistica di medicina, vista non tanto come "scienza delle malattie", ma piuttosto come "pratica competente del prendersi cura" (§ 4); un modello non meramente contrattualistico del rapporto tra sanitari e paziente, capace di valorizzare la funzione decisiva di un dialogo franco e rispettoso (§ 5).

Se la comprensione e interiorizzazione di questi presupposti della PCC da parte dei professionisti della salute sono la preconditione di un suo efficace utilizzo, ne derivano specifici obblighi formativi per le istituzioni accademiche e socio-sanitarie, cui si farà cenno in sede conclusiva.

2. Relazionali e vulnerabili: un'antropologia dell'interdipendenza

Il primo presupposto su cui soffermarsi per ragionare sulla relazione di cura e sugli strumenti, comunicativi o giuridici, al suo servizio è la rappresentazione antropologica che si offre dei soggetti che in tale relazione sono coinvolti. Per quanto spesso resti implicito, il tipo di concezione dell'umano alla base di ogni discorso in ambito bioetico ha profonde conseguenze sull'impostazione e sugli esiti del discorso stesso. Ben diverso è riflettere sulla relazione di cura partendo dall'idea che il soggetto sia un individuo del tutto autonomo, razionale, nel pieno possesso delle sue facoltà, o invece da una rappresentazione che si preoccupa di rendere giustizia anche ad altre dimensioni dell'umano legate alla sua finitudine. Come si vedrà, la stessa interpretazione di come vada rispettata l'autonomia personale in ambito clinico cambia nel momento in cui si riconosce l'autonomia come competenza propria di un soggetto vulnerabile.

Nel pensiero contemporaneo sono diversi i filoni – critici verso l'immagine individualistica del soggetto difesa in particolar modo dalla tradizione liberale – che mirano a integrare l'idea di un soggetto capace di libertà e di deliberazione razionale con altre caratteristiche che la visione dominante tende invece a

oscurare. Senza pretesa di esaustività, ci si limiterà qui a richiamare i nuclei tematici più rilevanti per la nostra trattazione: relazionalità e vulnerabilità¹.

Una prima dimensione su cui soffermarsi è quella della relazionalità. Si tratta di una dimensione da ripensare a partire dal riconoscimento del ruolo primario che essa gioca nelle nostre vite e nella stessa costituzione dell'individuo. L'individuo non può essere pensato come originariamente autonomo e indipendente e, solo in seconda battuta, capace di relazioni; bensì andrebbe riconcepito in termini relazionali, riconoscendo il ruolo essenziale che le relazioni giocano nel processo attraverso il quale costruiamo soggettività e autonomia, arrivando a concepirci come indipendenti. Tale cambiamento di prospettiva ha un impatto profondo sul modo in cui concettualizziamo le relazioni stesse e il loro rapporto con la nostra autonomia.

Una visione antropologica centrata su un ideale individualistico di indipendenza, infatti, tenderà a vedere con sospetto il rapporto con l'altro, in quanto potenzialmente pericoloso per l'autodeterminazione del soggetto e limitante per l'esercizio della sua libertà. Come ha ben dimostrato Elena Pulcini ripercorrendo l'evoluzione dell'idea di individuo dalla modernità a oggi², la prospettiva antropologica dominante in un contesto storico-culturale ha un'influenza diretta sulle forme di legame sociale possibili. Secondo la filosofa, già a partire dall'Ottocento si possono individuare le radici dell'io postmoderno e degli esiti patologici dell'individualismo contemporaneo sul legame sociale, in quanto da quel momento «si delinea un desolante scenario di atomi irrelati, ciascuno preoccupato unicamente del proprio interesse e geloso della propria indipendenza, e per questo artefice della propria solitudine: uno scenario di vicini senza prossimità, capaci solo di dar vita a una interazione senza legame»³. Nel contesto contemporaneo, dunque, poiché la fecondità del rapporto con l'altro viene oscurata dalle ambizioni individualistiche dell'io, il legame sociale rischia di sbiadire in sterili interazioni regolate da contratti.

Le considerazioni di Pulcini gettano luce anche sulle dinamiche in atto nel contesto sanitario: l'affermarsi del paradigma del consenso informato come modello per la relazione clinica – proprio perché innestato su una visione individualistica e razionalistica dei soggetti della relazione stessa – ha finito per equiparare il dialogo medico-paziente alla stipula di un contratto, assottigliando il più possibile la dimensione profondamente umana dell'incontro clinico. Per superare gli evidenti limiti di questa rappresentazione, la strada indicata dalle etiche della cura passa per la riscoperta dell'alterità come costitutiva del sé e, quindi, della relazionalità come orizzonte per la nostra fioritura.

Una seconda dimensione fondamentale, intrecciata a quella della relazionalità e allo stesso tempo estremamente rilevante per il contesto clinico, è la vulnerabilità. Anche in questo caso si tratta di una categoria che negli ultimi decenni è stata valorizzata soprattutto in opposizione alla rappresentazione antropologica dominante – che enfatizza indipendenza, autonomia e razionalità e tende a considerare come marginali le manifestazioni della finitudine delle nostre esistenze. La vulnerabilità costituisce però un elemento innegabile della vita umana e concettualizzarla adeguatamente ha conseguenze

¹ In ciò che segue il filone principale a cui si attingerà, tra i tanti possibili, per tratteggiare una visione antropologica che si discosti da quella sottesa al pensiero liberale è costituito dalle riflessioni sviluppatesi nel contesto degli approcci di etica della cura.

² E. PULCINI, *L'individuo senza passioni. Individualismo moderno e perdita del legame sociale*, Torino, 2001.

³ E. PULCINI, *op. cit.*, 143-144.

molto rilevanti anche sul piano normativo e per il contesto clinico, di cui a ben vedere l'umana vulnerabilità costituisce la ragion d'essere.

Seguendo l'analisi proposta da Alisa Carse⁴, va rilevato in primis che la vulnerabilità umana si articola su più livelli. Siamo vulnerabili, al pari di tutto ciò che esiste, vivente o meno che sia, perché possiamo essere danneggiati, logorati, persi o dimenticati. Siamo vulnerabili poi in quanto esseri viventi – come tutti gli esseri viventi, senzienti e non – perché per sopravvivere abbiamo bisogno di nutrimento e perché siamo esposti alla malattia e destinati a morire. Inoltre, come alcuni animali non umani, siamo vulnerabili in quanto esseri relazionali, creature sociali suscettibili anche a livello emotivo. Infine, le capacità che ci distinguono dagli altri animali – il fatto di essere agenti responsabili, capaci di autoriflessione e di agire in base alle nostre deliberazioni – ci espongono a forme di vulnerabilità distintamente umane. Carse sottolinea in particolare che in quanto essere umani siamo sempre esposti al rischio che il comportamento altrui non sia rispettoso nei nostri confronti, ma ci induca a smarrire il senso del nostro valore attraverso, ad esempio, atteggiamenti continuativi di indifferenza, fastidio o cattiveria. «La nostra dignità è un bene fragile, vulnerabile»⁵ e quando le relazioni in cui siamo inseriti la mettono a repentaglio è a rischio la stima di sé alla base della nostra stessa capacità di agire come soggetti morali.

Tuttavia, bisogna anche ricordare che la nostra vulnerabilità, oltre a esporci al rischio di soffrire, è ciò che ci permette di fiorire come esseri umani e va dunque tematizzata con cautela, non presentata solo in chiave negativa: il richiamo alla vulnerabilità punta a sottolineare la nostra interdipendenza e il ruolo delle relazioni nel sostenere o limitare la nostra fioritura, non a indicare una caratteristica indesiderabile delle nostre esistenze che sarebbe preferibile eliminare. In questo senso «la vulnerabilità e l'interdipendenza segnano un'antropologia positiva che permette lo sviluppo umano e la socialità, e non si caratterizzano come ciò che li mette in pericolo»⁶.

Allo stesso tempo la vulnerabilità può essere considerata la «struttura antropologica che esprime la necessità dell'etica, delle relazioni etiche»⁷ intese innanzitutto come responsività, cura di sé e dell'altro. Questa considerazione risulta decisiva per il contesto clinico, che è costitutivamente orientato a rispondere a una particolare forma della nostra vulnerabilità: la malattia. Nell'ambito sanitario alla base dell'incontro clinico nella maggior parte dei casi c'è proprio l'esperienza di una persona – il paziente – che si trova a confrontarsi con una qualche manifestazione della propria vulnerabilità legata alla natura corporea della nostra esistenza e quindi alla fragilità che condividiamo con le cose e con gli altri esseri viventi. La richiesta di cure che ne deriva non riguarda però solo la ricerca di un rimedio alla dimensione fisica della minaccia da cui si è afflitti, bensì abbraccia le diverse dimensioni della vulnerabilità prettamente umane prima considerate. Nell'esperienza di malattia (*illness*)⁸ entrano in effetti in

⁴ A.L. CARSE, *Vulnerability, Agency, and Human Flourishing*, in C. TAYLOR, R. DELL'ORO (a cura di), *Health and Human Flourishing*, Washington D.C., 2006, 33-52.

⁵ A.L. CARSE, *op. cit.*, 34.

⁶ C. BOTTI, *Vulnerabili. Cura e convivenza dopo la pandemia*, Roma, 2022, 35. Dei "benefici della vulnerabilità" parla anche P. Valadier (P. VALADIER, *Apologie de la vulnérabilité*, in *Études*, 414/2, 2011, 199-210).

⁷ J.-C. MÈLICH, *Essere fragili. Riflessioni sulla vulnerabilità*, trad. it. Milano, 2024, 13.

⁸ S.K. TOOMBS, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht, 1993.

gioco le peculiari ferite a cui siamo esposti in quanto umani⁹. La relazione con il nostro corpo tende a diventare paradossale: il corpo che siamo si presenta allo stesso tempo come un ostacolo, un nemico che attende non solo alla nostra sopravvivenza ma alla nostra stessa identità di soggetti della nostra vita, la quale rischia peraltro di venire appiattita sul nuovo ruolo di “paziente” che ci troviamo imposto. Allo stesso tempo la dimensione emotiva, che tanto contribuisce al nostro fiorire, può tradursi nella malattia in stati emotivi intrusivi e fuori controllo, che minano la nostra capacità di autodeterminarci. Infine, le relazioni con gli altri si dimostrano bifronti: se da un lato la cura e il supporto altrui diventano più che mai cruciali, dall’altro lato ci si trova esposti sia al rischio di un isolamento sociale dovuto alla difficoltà di condividere la sofferenza – considerata indecente nelle nostre società – e di reperire le energie necessarie alla partecipazione alla vita sociale stessa, sia al disappunto e all’avversione che le conseguenze della malattia – dolore, dipendenza, disabilità – possono suscitare negli altri, professionisti sanitari inclusi. Si tornerà nei paragrafi 4 e 5 sulle implicazioni di questo tipo di analisi sulla concezione della medicina e del rapporto sanitari-paziente, risulta però già evidente come nella relazione clinica vada considerata con attenzione la fragilità della dignità prima citata. Spesso nei contesti di cura, tanto più in quelli in cui si ha a che fare con «una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta», ciò che è a repentaglio è il senso della dignità della persona malata¹⁰ che esperisce la fragilità della propria identità profonda di agente capace e autonomo. Proprio quest’ultima considerazione richiama la dimensione di vulnerabilità della stessa autonomia, che ora passiamo a considerare più da vicino.

3. L’autonomia in relazione

«L’autonomia in bioetica significa libertà da costrizioni esterne e libertà di vivere la propria vita a modo proprio. Essere autonomi significa vivere secondo i propri valori e principi, affinati alla luce di deliberazioni informate e razionali e delle convinzioni consolidate che ci appartengono. Significa essere sovrani di sé. Significa essere gli autori della propria vita, della propria identità personale e delle proprie azioni»¹¹.

Con queste parole B. Jennings sintetizza i tratti salienti dell’idea di autonomia che ha prevalso nel dibattito bioetico e che oggi viene da più parti sottoposta a vaglio critico e ripensata a partire da una valorizzazione della relazionalità¹². La vasta letteratura che propone di pensare un’autonomia

⁹ Cfr. A.L. CARSE, *op. cit.*, 37-40.

¹⁰ Inevitabilmente ne deriva una grande responsabilità per i professionisti sanitari che si trovano a interfacciarsi con persone la cui stima di sé è così fragile. Non a caso Marie de Hennezel, a partire dalla sua esperienza nelle cure palliative, si sofferma su questo tema e sul ruolo che lo sguardo può giocare: «Penso alla nostra responsabilità, quali testimoni del loro degrado fisico. Con uno sguardo, un gesto, possiamo confermare al paziente il permanere della sua identità, o al contrario comunicargli che non è nient’altro che un essere disgustoso, una specie di relitto di cui ci si vuole liberare. “È lo sguardo dell’altro che mi conferisce identità”, diceva Lacan. Non è mai stato tanto vero come nel caso di chi soffre di un’alterazione della propria immagine. So, per averlo constatato, che si può riuscire a dimenticare il degrado del proprio corpo, essendo se stessi, quando lo sguardo degli altri è ancora carico di tenerezza e non sottolinea la nostra deficienza fisica» (M. DE HENNEZEL, *La morte amica*, trad. it. Milano, 2012, 85-86).

¹¹ B. JENNINGS, *Reconceptualizing Autonomy: A Relational Turn in Bioethics*, in *Hastings Center Report*, 46, 3, 2016, 11-16, qui 12.

¹² Per una revisione sistematica della letteratura sul tema della *relational autonomy*, riferita all’ambito del fine vita ma rilevante in generale, si veda: C. GÓMEZ-VÍRSEDA, Y. DE MAESENEER, C. GASTMANS, *Relational autonomy: what*

relazionale condivide l'insoddisfazione verso una concezione individualistica dell'autonomia, in particolare rispetto a tre aspetti: l'inadeguatezza dell'immagine atomistica del soggetto su cui si basa; l'inadeguatezza della rappresentazione che offre del processo decisionale nel contesto clinico (idealizzata, semplicistica e contrattualista); la scarsa rilevanza attribuita alle relazioni particolari, con la famiglia, gli amici e le comunità¹³. Tra le tante posizioni presenti nel dibattito¹⁴, privilegiamo qui l'analisi di S. Pierosara, che offre spunti critici verso il discorso attuale sulla *relational autonomy* a partire da una ricostruzione della storia del concetto di autonomia¹⁵.

Originariamente, nel pensiero classico e, anche se in modo diverso, nello stesso Kant, l'agire autonomo si connota come un agire in cui è inscritta la relazione, quantomeno una relazione con la norma¹⁶ – che inevitabilmente nella sua elaborazione deve tener conto degli altri.

«Contrariamente a quest'accezione, si afferma progressivamente un'idea di autonomia legata a un individuo proprietario, possessore di sé, per il quale la relazione è semplicemente accidentale o pericolosamente limitante, ma mai costitutiva, nel bene o nel male. Ciò accade probabilmente proprio a causa di uno scollamento eccessivo fra vita privata, oggetto di scelte insindacabili in cui ciò che conta è che la norma a cui ci si attiene sia esclusivamente propria, e vita pubblica, che presupporrebbe un tempo e uno spazio di mediazione sempre più in bilico, sempre più erosi da una società che mira all'accumulazione e al consumo»¹⁷.

La dimensione "patologica" dell'individualismo qui sottolineata è dunque in particolare la curvatura possessivo-proprietaria del soggetto che ha portato, nella contemporaneità, a concepire l'autonomia in contrapposizione sia alla responsabilità, sia ai legami, entrambi visti come ostacoli al pieno esercizio dell'autonomia invece che orizzonti della sua realizzazione.

Di fronte a questo quadro, Pierosara propone di ripensare l'autonomia alla luce della relazione, chiarendo che la relazione va riconosciuta come «condizione dello sviluppo, dell'esercizio, della realizzazione, ma anche fine dell'autonomia stessa»¹⁸. Innanzitutto, la relazione è una condizione imprescindibile per lo sviluppo dell'autonomia, perché per riconoscerci come soggetti morali capaci abbiamo bisogno di relazioni di riconoscimento che ci confermino come tali e nutrano la nostra autostima. In secondo luogo, le relazioni sono una condizione di esercizio dell'autonomia: senza un contesto culturale, sociale, economico, politico adeguato – che garantisca la possibilità di esprimersi e di fiorire – le possibilità di esercitare e coltivare la propria autonomia rischiano di essere fortemente ridotte. Inoltre,

does it mean and how is it used in end-of-life care? A systematic review of argument-based ethics literature, in BMC Medical Ethics, 20, 76 (article number), 2019, 1-15.

¹³ C. GÓMEZ-VÍRSEDA, Y. DE MAESENEER, C. GASTMANS, *op. cit.*

¹⁴ Ci limitiamo a citare il volume C. MACKENZIE, N. STOLJAR (a cura di), *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency and the Social Self*, New York, 2000, che offre una panoramica delle posizioni all'interno del pensiero femminista, e due articoli che ben discutono alcuni tra i principali nodi del dibattito: J. CHRISTMAN, *Relational autonomy, liberal individualism, and the social constitution of selves*, in *Philosophical Studies*, 117, 2004, 143-164; C. MACKENZIE, *Relational Autonomy, Normative Authority and Perfectionism*, in *Journal of Social Philosophy*, 39, 4, 2008, 512-533.

¹⁵ S. PIEROSARA, *Autonomia in relazione. Attraverso l'etica contemporanea*, Milano, 2021.

¹⁶ Cfr. P. RICOEUR, *Autonomia e vulnerabilità*, in *Idem, Il giusto. Vol. 2*, 2007, trad. it. Cantalupa, 94-114.

¹⁷ S. PIEROSARA, *Ripensare l'autonomia alla luce della relazione*, in C. CHIURCO (a cura di), *Il contagio e la cura. Il mondo dopo il virus*, Verona-Bolzano, 2023, 13-40, qui 26.

¹⁸ S. PIEROSARA, *Ripensare l'autonomia alla luce della relazione, op. cit.*, 28.

le relazioni sono condizioni di realizzazione dell'autonomia perché «quest'ultima non è un dato acquisito e garantito, è fragile e vulnerabile»¹⁹ e quindi, da un lato, necessita di relazioni di supporto, dall'altro, è nel rapporto con l'altro che l'autonomia stessa si realizza. Infine, le relazioni possono essere pensate anche come esito dell'autonomia, se si supera la visione individualistica e proprietaria e si riconosce che un'azione autenticamente autonoma non può non fare i conti con l'altro e la dimensione del noi. L'autonomia può essere così ripensata in consonanza con i legami e le responsabilità, non più concepiti come limiti al suo esercizio, bensì come condizioni della sua piena realizzazione: l'agire autonomo si nutre di legami e allo stesso tempo può e deve essere un agire responsabile, che nel deliberare tiene adeguatamente in conto gli altri.

Ancora una volta, l'analisi più generale appena tracciata si rivela illuminante per il contesto clinico, in cui la vulnerabilità e l'incompiutezza dell'autonomia emergono con estrema chiarezza. Concepire l'autonomia come bene fragile e in divenire, invece che come possesso stabile di un soggetto monolitico, cambia il modo in cui interpretiamo lo stesso principio di rispetto per l'autonomia che, a sua volta, andrà connotato in senso relazionale. Prima di tutto, per rispettare l'autonomia nella relazione clinica sarà fondamentale verificare che non manchino le condizioni perché la persona malata continui ad avere stima di sé, nonostante la particolare vulnerabilità della propria identità di soggetti morali che i pazienti spesso esperiscono. In questo, come già detto, la qualità delle relazioni con i professionisti sanitari risulta fondamentale poiché queste possono confermare la persona nella sua dignità o viceversa contribuire a distruggerne l'autostima. In secondo luogo, rispettare l'autonomia significa garantire adeguate condizioni per il suo esercizio: pensiamo all'importanza di garantire tempi e luoghi adeguati, di creare una relazione di fiducia che permetta l'ascolto reciproco, di tutelare il paziente da relazioni che ne comprimono l'autonomia e di fornire al paziente le informazioni – di cui il medico dispone in virtù del suo ruolo – che gli permettano di deliberare. Il modello della PCC si inserisce in questa logica: non si tratta di decidere su un singolo trattamento e raccogliere il consenso o dissenso della persona, ma di avviare una relazione di fiducia continuativa nel tempo. Solo all'interno di questo quadro sarà davvero possibile pianificare insieme, dando al malato gli strumenti per poter comprendere ciò che gli succede via via che la malattia progredisce. Abbiamo detto però che le relazioni giocano un ruolo cruciale anche per la realizzazione e il mantenimento dell'autonomia: evidentemente, di fronte alla sfida rappresentata dalla malattia, non si può non considerare che l'autonomia che vogliamo rispettare potrebbe essere un'autonomia particolarmente fragile, vacillante, che avrà bisogno di supporti relazionali. Questo implica non solo garantire alla persona malata, magari ricoverata, di poter beneficiare delle sue relazioni personali più importanti, ma di sostenere il paziente e la sua autonomia anche tramite il proprio agire professionale, considerando questo sostegno come uno degli obiettivi da perseguire con le cure. In questo senso, nell'ottica della PCC si inserisce non solo la necessità di discutere in anticipo con la persona coinvolta scelte difficili che potranno presentarsi quando questa non sarà più in grado di autodeterminarsi, bensì anche la possibilità di nominare un fiduciario, in piena coerenza con l'idea che il rispetto per l'autonomia si realizzi al meglio nelle relazioni e grazie ad esse. Da queste considerazioni emerge già in filigrana un certo tipo di caratterizzazione della medicina e dei suoi fini, che è bene esplicitare.

¹⁹ *Ivi*, 29.

4. La medicina come forma competente della cura

Se dovessimo ricavare una definizione di “medicina” a partire dai programmi dei corsi universitari che preparano al suo esercizio, saremmo portati a concludere – come si legge peraltro in enciclopedie e dizionari – che la medicina è la «scienza che ha per oggetto lo studio delle malattie, la loro cura e la loro prevenzione»²⁰. Se poi con lo stesso metodo volessimo inferire la nozione di “malattia”, ne concluderemmo che essa è sostanzialmente un’alterazione biologica che induce in un organismo uno stato di non funzionamento e/o di dolore. Tuttavia, a uno sguardo più attento, l’immagine oggi dominante di medicina come attività prettamente scientifico-tecnologica, altamente specializzata e in continuo progresso appare problematica e parziale. Infatti, pur sottolineando una caratteristica essenziale della biomedicina contemporanea (la componente tecno-scientifica), essa trascura alcune caratteristiche fondamentali della pratica medica, caratteristiche che l’hanno resa riconoscibile pur al variare dei secoli, delle culture e dei continenti²¹. Detto in estrema sintesi, la caratterizzazione della medicina in termini esclusivamente tecno-scientifici è insoddisfacente perché confonde i mezzi con il fine, ossia perché pretende di definire questa attività concentrandosi solo sugli strumenti che essa (attualmente) utilizza, invece che sul suo fine (originario).

Quando invece, come è stato autorevolmente proposto²², si concettualizza la medicina a partire da un’attenta analisi fenomenologica dall’evento che ne origina la necessità, allora la prospettiva cambia significativamente. Tale evento originario è tanto semplice quanto essenziale: la richiesta di aiuto da parte di un malato, rivolta a una persona cui si riconosce una specifica competenza e nelle cui mani si affida la propria vita. Pensare la medicina a partire dall’incontro clinico consente innanzitutto di identificarne il fine – il tentativo da parte del professionista di rispondere alla richiesta di aiuto rivoltagli da una persona malata – e di comprendere meglio il ruolo della dimensione tecno-scientifica: un mezzo per raggiungere tale fine. Ne consegue che la medicina (clinica) è meglio compresa se la si definisce come “forma competente della cura”²³ piuttosto che come “scienza della malattia”. Inoltre, pensare la medicina a partire da un’analisi fenomenologica dell’incontro clinico permette di mettere a fuoco una caratteristica essenziale della relazione tra curante e paziente, di grande importanza per la riflessione etica: l’asimmetria. Non si tratta ovviamente di una asimmetria di dignità o valore, quanto piuttosto di una differenza di potere e di conoscenze, esacerbata dalla condizione di particolare vulnerabilità che

²⁰ Treccani Enciclopedia online, Lemma “Medicina”: <https://www.treccani.it/enciclopedia/medicina/> (ultima consultazione 05/01/2025).

²¹ Cfr. R. MORDACCI, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, in C. VIAFORA (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, Dordrecht, 2005, 101-113.

²² Cfr. E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice*, New York, 1981; R.M. ZANER, *Ethics and the Clinical Encounter*, Hoboken (New Jersey), 1988.

²³ Per approfondire la centralità della nozione di cura per la concezione della medicina e dell’etica medica, si vedano ad esempio: W.T. REICH, *Alle origini dell’etica medica: mito del contratto o mito di cura?*, in P. CATTORINI, R. MORDACCI, M. REICHLIN (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Milano, 1996, 231-254; W.T. REICH, *Care (“History of the Notion of Care”; “Historical Precedents for an Ethic of Care in Health Care”)*, in B. Jennings (ed.), *Bioethics*, 4th edition, 2, Farmington Hills, 2014, 476-495; S. TUSINO, *Curare e prendersi cura: la dimensione etica nella pratica clinica*, in C. VIAFORA, E. FURLAN, S. TUSINO (a cura di), *Questioni di vita. Un’introduzione alla bioetica*, Milano, 2019, 199-217; S. TUSINO, *L’etica della cura. Un altro sguardo sulla filosofia morale*, Milano, 2021.



sperimenta la persona malata, specialmente se in modo grave. Il riconoscimento dell'asimmetria e del conseguente necessario affidarsi del paziente al medico fa cogliere immediatamente la dimensione morale intrinseca alla medicina²⁴, che ancora una volta non può essere ridotta a mera scienza.

In sintesi, la medicina clinica è intesa nel suo statuto più proprio se definita come “pratica normativa”²⁵, ossia una pratica eticamente pregnante che usa un vasto dominio di conoscenze con l'obiettivo di guarire. La guarigione – è importante metterlo a fuoco proprio ai fini del nostro discorso sulla PCC – deve rimanere il suo obiettivo ideale, ma non può essere considerato come un risultato necessario²⁶. L'attività sanitaria rimane infatti nella pienezza del suo senso anche quando non può raggiungere l'obiettivo della guarigione, ma si prende cura della persona malata garantendole un accompagnamento e un'assistenza con finalità palliative.

Una caratterizzazione fenomenologicamente attenta della pratica sanitaria non è rilevante solo per amore di precisione teorica, ossia ai fini di una più accurata filosofia della medicina, ma per le sue implicazioni pratiche. Infatti, definire la medicina come sapere meramente tecnico-scientifico teso al contrasto delle malattie concepite come alterazioni biologiche implica che il suo obiettivo è quello di “aggiustare” (in inglese, *to fix*) il corpo-macchina; pensare invece la medicina come forma competente della cura comporta identificare il suo fine ultimo nel farsi carico della persona, mirando se possibile a guarire (*to heal*), ma garantendo in ogni caso di prendersene cura fino alla fine (*to care*)²⁷.

Si può notare per inciso che queste stesse idee sono espresse, con la potenza tipica dell'arte, dal più celebre dipinto a tema medico del mondo occidentale: *The doctor* (1891) di Luke Fildes, che si può ammirare a Londra presso la Tate Britain (già Tate Gallery)²⁸. L'elemento più appariscente e significativo della tela – davvero ricca dal punto di vista iconografico²⁹ – è che al centro di un'opera esplicitamente intitolata “Il dottore” vi è un paziente, un bimbo gravemente malato. A conferma di questa centralità si può osservare che proprio dal piccolo promana la luce che illumina la scena (il medico in particolare), ed è sempre il bambino che divide la scena pittorica in due parti. Alla sinistra, vi è il dottore che osserva accudente in attesa di cogliere gli eventuali effetti della medicina che ha somministrato; a destra, si intravedono – sullo sfondo di una stanza molto povera – i genitori del paziente: il padre fissa ansioso il volto del medico, la madre si abbandona disperata sulla tavola, con la mano del marito sulla spalla. Almeno tre messaggi del quadro di Fildes sono particolarmente significativi per la riflessione che stiamo qui svolgendo. Il primo: non è possibile rappresentare l'identità del medico (e quindi definire la medicina) se non mettendo al centro il paziente, con tutto il suo carico di sofferenza e vulnerabilità. Il secondo: la cifra del medico non è identificata nel fare tecnico-scientifico (il dottore non è colto nel momento in cui fa diagnosi e prognosi, o somministra i farmaci), quanto in un prendersi cura che

²⁴ Cfr., ad esempio, E. BUZZI, *Etica della cura medica*, Brescia.

²⁵ Cfr. H. TEN HAVE, *A Helping and Caring Profession: Medicine as a Normative Practice*, in C. VIAFORA (ed.), *Clinical Bioethics. A Search for the Foundations*, op. cit., 75-97.

²⁶ Cfr. R. MORDACCI, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, op. cit., 110.

²⁷ Sull'alternativa “fixing-healing”, si veda J.E. DAVIS, A.M. GONZÁLEZ (eds), *To Fix or to Heal. Patient Care, Public Health, and the Limits of Biomedicine*, New York, 2016 (in particolare, J.E. DAVIS, *Introduction: Holism against Reductionism*, ivi, 1-29).

²⁸ <https://www.tate.org.uk/art/artworks/fildes-the-doctor-n01522> (ultima consultazione 05/01/2025)

²⁹ Cfr. Y.M. BARILAN, *The Doctor by Luke Fildes: an icon in context*, in *Journal of Medical Humanities*, 28/2, 2007, 59-80.

continua anche oltre il pur necessario intervento farmacologico. Il terzo: le malattie gravi sono eventi che, al di là della loro componente biologica in senso stretto, sconvolgono l'esistenza della persona malata e dei suoi familiari; un medico, per essere davvero completo ed efficace, deve dunque combinare la competenza sugli aspetti scientifici del fenomeno malattia (*disease*) con le implicazioni globalmente umane che essa comporta (*illness*)³⁰.

Alla luce di tutte queste considerazioni, la PCC deve essere propriamente intesa come strumento al servizio di una pratica clinica incentrata sulla cura (nel duplice senso del curare – “*to cure*” – e del prendersi cura – “*to care*”). Si tratta peraltro di uno strumento particolarmente adatto a malati di cui si riconosce da un lato la soggettività morale³¹ e dall'altro la peculiare vulnerabilità. Si tratta soprattutto di uno strumento che, venendo co-costruito all'interno di una stretta relazione e potendo modificarsi progressivamente all'incedere della malattia, è già di per sé simbolo di una medicina ispirata dalla cura.

5. Un modello deliberativo del rapporto medico-paziente

Un quarto presupposto su cui è importante soffermare l'attenzione ai fini di una più piena comprensione ed efficace realizzazione della PCC riguarda il modello di rapporto tra medico e paziente cui si fa esplicito o implicito riferimento. Ci riferiremo qui per brevità al rapporto medico-paziente, ma tutte le considerazioni che verranno svolte possono essere applicate anche alla relazione tra gli altri professionisti della salute e il paziente.

Di primo acchito, si potrebbe pensare che oggi, a questo proposito, vi sia ben poco ancora da discutere, visto che a partire dal secondo dopoguerra si è progressivamente chiusa la stagione del paternalismo medico e si è affermato il paradigma del consenso informato, grazie a cui la medicina è entrata finalmente nella modernità, abbracciando la rivoluzione liberale³². D'altronde, una delle prime battaglie della bioetica è stata quella per affermare il valore dell'autonomia in biomedicina³³, e autorevoli autori considerano proprio il consenso informato quale nucleo essenziale di tale disciplina³⁴. La stessa legge 219/2017 può essere considerata un esempio della compiuta affermazione di questo paradigma. Non dimeno, questo processo di emancipazione non è avvenuto in modo lineare e senza difficoltà. E ciò non solo per l'aumento dei conflitti tra pazienti e curanti, ma perché un'interpretazione formalistica del paradigma del consenso informato – prima nel contesto nordamericano e poi anche in Europa – ha

³⁰ La letteratura sulla differenza tra *disease* e *illness* è vastissima. Si vedano ad esempio: S.K. TOOMBS, *The Meaning of Illness*, op. cit.; E. AGAZZI, *Illness as Lived Experience and as the Object of Medicine*, in A.T. TYMIENIECKA, E. AGAZZI (eds.), *Life Interpretation and the Sense of Illness within the Human Condition*, (Analecta Husserliana, vol. 72), Dordrecht, 3-15; R. MORDACCI, *Medicine as a Practice and the Ethics of Illness*, op. cit.

³¹ Cfr. J.-F. MALHERBE, *Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique*, Québec, 2007.

³² Cfr. D. GRACIA, *All'origine della bioetica: una ricostruzione storica*, in C. VIAFORA, A. GAIANI (a cura di), *A lezione di bioetica. Temi e strumenti*, 2^a ed., Milano, 2015, 32-55; L. BUSATTA, E. FURLAN, *Consenso informato: nuovo paradigma normativo della medicina?*, in C. VIAFORA, E. FURLAN, S. TUSINO (a cura di), *Questioni di vita. Un'introduzione alla bioetica*, op. cit., 242-268.

³³ Cfr. F. TUROLDO, *Breve storia della bioetica*, Torino, 2014 (specialmente il cap. 1, 23-54).

³⁴ Cfr. N. EYAL, *Informed Consent*, in E.N. ZALTA (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2019 edition), *Metaphysics Research Lab*, Stanford University: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2019/entries/informed-consent> (ultima consultazione: 05/01/2025).

determinato spesso conseguenze negative per i pazienti, che non di rado si sono sentiti più soli nel decidere, invece che più liberi di decidere.

È dunque significativo che proprio nel contesto statunitense – dove tra gli anni '60 e gli anni '70 del secolo scorso si è affermato per la prima volta il paradigma dell'*informed consent* – si sia sentita l'esigenza di porre a tema la questione di quali caratteristiche debba avere il rapporto medico-paziente, precisamente alla luce dei problemi rilevati nella storica transizione dal paternalismo all'autonomia. È merito di Ezekiel e Linda Emanuel, agli inizi degli anni '90, aver messo a punto una illuminante categorizzazione dei vari tipi di rapporto medico-paziente, sintetizzati in quattro modelli: paternalistico, informativo, interpretativo e deliberativo³⁵. È dunque opportuno presentarli brevemente, per poi mostrare quale modello si presti meglio a una più efficace realizzazione della PCC.

Il modello paternalistico, nella caratterizzazione che ne offrono gli Emanuel, è fondato su un duplice presupposto: da un lato, che il medico sia in grado di individuare ciò che è oggettivamente buono per il suo paziente (*doctor knows best*) e dall'altro che l'autonomia del paziente consista nell'aderire docilmente alle proposte del curante, il quale funge da suo custode (*guardian*).

Agli antipodi di questo primo ideal-tipo si colloca il modello informativo (o ingegneristico oppure anche *consumer model*³⁶), il quale presuppone una distinzione radicale tra fatti e valori: i medici sono i depositari della conoscenza dei fatti clinici, mentre nulla sanno o possono dire sui valori, rispetto ai quali sono sovrani i pazienti. I sanitari – in virtù del loro expertise tecnico-scientifico – hanno dunque il compito di fornire le informazioni fattuali pertinenti e poi di attuare quanto deciso dal paziente, sulla base di un contratto che nella pratica assume la veste del modulo del consenso informato.

Entrambi questi modelli non supportano certamente la co-progettazione del piano di cura previsto nella PCC: il primo (il modello paternalistico) perché non ce n'è bisogno, visto che il medico sa già qual è la cosa migliore per il paziente; il secondo (il modello informativo) perché non sarebbe possibile, in quanto la scelta di un piano di cura comporta sempre anche questioni valoriali, sulle quali il curante non può esprimersi e che devono essere invece dipanate dal paziente in modo del tutto indipendente, per evitare indebite ingerenze.

Il terzo modello proposto dagli Emanuel – il modello interpretativo³⁷ – prende le mosse dall'osservazione che molto spesso i pazienti stessi non hanno chiari i propri valori o non sanno cogliere in modo immediato come entrino in gioco nella propria situazione clinica. Di qui la necessità che il medico svolga un compito aggiuntivo rispetto a informare sui fatti: aiutare l'assistito a capire quali valori siano per lui rilevanti nella sua situazione specifica e a identificare le scelte in ambito sanitario che meglio li realizzano. In questo modello, il professionista della salute svolge anche il ruolo di consulente, ma non giudica i valori del paziente né gli consiglia quali dovrebbe perseguire.

Nell'ambito del modello deliberativo³⁸, infine, si abbraccia una concezione relazionale dell'autonomia³⁹, riconoscendo che il rispetto autentico della libertà delle persone in ambito sanitario non consista

³⁵ E.J. EMANUEL, L.L. EMANUEL, *Four Models of the Physician-Patient Relationship*, in *JAMA*, 267, 16, 1992, 2221-2226.

³⁶ *Ibidem*, 2221.

³⁷ *Ibidem*, 2221 s.

³⁸ *Ibidem*, 2222 e 2225 s.

³⁹ Cfr. F. MACIOCE, *Between Autonomy and Vulnerability. Rethinking Informed Consent in a Relational Perspective*, in *Notizie di POLITEIA*, XXXV, 134, 2019, 111-128.

nel recepire e mettere in atto la prima richiesta del paziente (e dei suoi familiari), quanto piuttosto nel discutere assieme criticamente le varie opzioni e i valori che le sorreggono. La convinzione alla base di questo approccio è che il dialogo e la deliberazione comune siano il mezzo più adatto a disposizione del paziente, dei suoi familiari e dei curanti per vagliare la bontà delle opzioni a disposizione. Resta tuttavia fermo che la responsabilità ultima delle scelte rimane al paziente, nei limiti previsti dalla legge⁴⁰.

Appare ora chiaro come – rispetto ai quattro modelli appena descritti – la PCC sia maggiormente consonante con quello deliberativo perché realizza l'idea, difesa dagli Emanuel, secondo cui l'autonomia morale delle persone è meglio rispettata attraverso il confronto tra curanti e pazienti, e grazie alla co-progettazione dei percorsi di cura. Tuttavia, mentre il focus del saggio degli Emanuel è sull'autonomia, con il rischio di non riconoscere a sufficienza la peculiare vulnerabilità che segna le persone in condizione di cronicità o alla fine della vita, in questo scritto abbiamo sostenuto la necessità di svolgere un ulteriore passo. Una relazione medico-paziente rispettosa dell'autonomia può certamente mantenere sullo sfondo il modello deliberativo come ideale regolativo, ma più di frequente – specialmente quando ci si occupa di persone particolarmente fragili – deve impegnarsi a garantire le precondizioni della stessa autonomia, tra cui il sostegno alla stima di sé e la presenza di supporti relazionali adeguati.

6. Conclusione

Da quanto esposto finora si evince che la PCC può essere intesa non solo come uno specifico strumento al servizio della relazione di cura, ma allo stesso tempo come espressione di un certo modo di intendere l'attività sanitaria e di stare nella relazione clinica. Di conseguenza, comprendere e interiorizzare i quattro presupposti filosofici sopra descritti (e riassunti poco oltre in *Tabella 1*) appare essenziale ai fini di un impiego efficace e non meramente formalistico della PCC, evitando così il destino cui troppo spesso sono destinati altri strumenti previsti dalla L. 219/2017 – su tutti, il consenso informato inteso come modulo.

Allo stesso tempo, la riflessione teorica sui presupposti filosofici da focalizzare per cogliere lo “spirito” della PCC, su cui nel presente saggio ci siamo concentrati, ha rilevanti ricadute sulla pratica della PCC – in particolare rispetto alle attenzioni e agli atteggiamenti da attuare – che in parte sono già stati citati e che abbiamo ulteriormente esplicitato nella *Tabella 2* (cfr. *infra*).

L'attuazione non formalistica della PCC nei termini che abbiamo descritto rappresenta senza dubbio una sfida non indifferente, che richiede di avviare un notevole sforzo formativo su più fronti. Certamente è indispensabile offrire ai professionisti della salute occasioni per conoscere e discutere la legge 219/2017, ancora poco familiare a tanti. Allo stesso tempo, i percorsi formativi dovrebbero permettere ai professionisti di maturare la consapevolezza dei presupposti etico-antropologici della legge stessa⁴¹,

⁴⁰ Cfr. Legge 219/2017, art. 1, comma 6: «[...] Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».

⁴¹ Cfr. E. FURLAN, *Lo spirito della legge: i presupposti etico-antropologici della 219/2017*, in L. GAUDINO (a cura di), *La relazione di cura tra legge e prassi. Un'indagine comparativa tra Italia, Francia, Spagna e Inghilterra*, Pisa, 2021, 229-240.

e soprattutto di riflettere su diversi modi possibili di intendere la medicina, la malattia, l'autonomia del paziente e il modello di relazione più indicato per rispettarla.

Anche questo, però, non è sufficiente nel momento in cui si prenda sul serio l'immagine della relazione clinica qui tratteggiata, orientata a prendersi cura della vulnerabilità del paziente: per realizzare questo compito è necessaria una formazione che si preoccupi sia delle competenze tecnico-scientifiche dei futuri professionisti della salute, sia delle competenze relazionali – che devono essere considerate a pieno titolo come competenze professionali. In quest'ottica, non si può che suggerire una maggiore attenzione per lo sviluppo di adeguate capacità comunicative, nonché delle competenze necessarie per stare nella relazione clinica cogliendo la vulnerabilità, i bisogni dei pazienti e la complessità del loro vissuto, senza tuttavia venirne sopraffatti.

L'insieme di tali sforzi formativi dovrebbe mirare in ultima analisi a superare la medicina delle singole prestazioni, e a diffondere l'idea di una pratica sanitaria che si prende cura delle persone accompagnandole in un percorso personalizzato e co-progettato, rispettoso dell'autonomia residua ma non dimentico della fragilità e vulnerabilità che ci abitano.

Essays



Tabella 1 – Prospetto sinottico dei presupposti filosofici della PCC difesi in questo saggio, messi a confronto con le concezioni dominanti

	Dominante	Difesa in questo saggio e utile a una comprensione più piena della PCC
Concezione dell'uomo (antropologia)	Individuo pienamente autonomo e razionale, sempre in completo possesso delle sue facoltà (concezione ad alto rischio di astrattezza)	Soggetto razionale capace di libertà, ma al contempo vulnerabile e relazionale (concezione fenomenologicamente più accurata e perciò più fedele all'esperienza umana in generale, e clinica in particolare)
Concezione dell'autonomia	Autonomia come dato (concezione statica) Autonomia come libertà da interferenze esterne e sovranità su di sé	Autonomia come compito (concezione dinamica) Autonomia come auto-sviluppo, favorito dal confronto con altri e reso possibile dal supporto di altri Autonomia <i>in relazione</i> (di qui l'importanza di combinare PCC e fiduciario)
Concezione della medicina	Sapere meramente tecnico-scientifico finalizzato alla cura della malattia (obiettivo: <i>fixing</i>)	Forma competente della cura, che mira a occuparsi della persona malata in tutte le sue dimensioni (obiettivo: <i>healing/caring</i>)
Concezione del rapporto medico-paziente	Contratto (fondato sul consenso, intenso in senso legalistico e tendenzialmente espresso in modo puntuale) Modello informativo-ingegneristico	Relazione di cura e fiducia (fondata sul riconoscimento della comune dignità e concepita come realtà che si sviluppa e articola nel tempo – e di cui la PCC è al servizio) Modello deliberativo

Tabella 2 – Attenzioni per realizzare in concreto l'ispirazione etico-filosofica della PCC

Presupposti filosofici	In che modo la PCC incarna tali presupposti	Attenzioni per realizzare in concreto l'ispirazione etico-filosofica della PCC
Antropologia dell'interdipendenza	Le scelte cliniche nella pianificazione condivisa delle cure si inseriscono all'interno di un percorso di presa in carico continuativo, in cui si riconosce la specifica vulnerabilità del paziente, legata alla sua malattia, e il bisogno di un supporto relazionale per maturare decisioni consapevoli rispetto agli scenari futuri.	<ul style="list-style-type: none"> • Considerare le diverse dimensioni della vulnerabilità del paziente, oltre ai bisogni strettamente clinici. • Impostare una presa in carico e una PCC che tengano conto di tali vulnerabilità. • Essere consapevoli delle sfide legate all'esperienza di malattia che il paziente deve affrontare, tra cui sovente la necessità di ripensare sé stessi e la propria storia.
L'autonomia in relazione	Nella pianificazione condivisa delle cure l'autonomia del paziente viene rispettata proprio attraverso la relazione con il curante, che costituisce l'orizzonte all'interno del quale la persona può maturare la propria scelta ed esprimere le sue preferenze. Inoltre, nella PCC si valorizzano le relazioni di supporto importanti per la persona, coinvolgendo diversi professionisti sanitari e le persone di fiducia.	<ul style="list-style-type: none"> • Prestare attenzione al ruolo che la relazione medico-paziente gioca nel garantire le precondizioni perché l'autonomia si sviluppi (tra cui il sostegno alla stima di sé). • Instaurare una relazione di fiducia e garantire un'adeguata comunicazione, così da realizzare le premesse di scelte autonome e consapevoli. • Supportare il paziente nel percorso di maturazione delle sue volontà, garantendo che vengano espresse nella PCC e poi rispettate.
La medicina come pratica di cura	La pianificazione condivisa delle cure riconosce la dimensione relazionale della pratica clinica e propone come luogo dell'esercizio dell'autonomia del paziente proprio la	<ul style="list-style-type: none"> • Considerare la PCC non come modulo da compilare, bensì strumento al servizio di un percorso di cura personalizzato. • Usare la progettazione della PCC come occasione di ascolto, comunicazione e attenzione alle vulnerabilità del paziente, al fine di

	relazione di cura e di fiducia tra medico e paziente.	rispettarne la dignità e valorizzarne l'autonomia.
Un modello deliberativo della relazione medico-paziente	La pianificazione condivisa delle cure avviene in una relazione fatta anche di dialogo, in cui il curante spinge il paziente a riflettere sulle scelte che ha di fronte e si lascia interrogare e provocare dalle prospettive e dalle richieste del paziente stesso.	<ul style="list-style-type: none"> • Prendersi il tempo per discutere più volte con il paziente alcune decisioni particolarmente difficili, assicurandosi che abbia compreso correttamente le informazioni cliniche e le conseguenze delle varie opzioni, e che abbia avuto il tempo di maturare una scelta consapevole. • Essere disposti a modificare il piano di cura inizialmente proposto, se il paziente esprime priorità per lui importanti. • Essere disposti a ricominciare il dialogo su questioni apparentemente già decise, se il paziente ne avverte la necessità.