

Maria Teresa Russo

«*Nullus medicus nisi philosophus*»
*La formazione filosofica del personale sanitario
e i nuovi modelli di salute e malattia*

ABSTRACT:

La formazione filosofica del personale sanitario non va considerata un esteriore supplemento di saperi, ma l'orizzonte ove collocare ogni sapere e ogni pratica che non intendano essere soltanto sull'uomo, ma anche per l'uomo. Ciò è particolarmente importante nell'attuale contesto culturale, in cui la domanda di salute sta registrando un progressivo ampliamento, mentre, allo stesso tempo, si fa strada una nuova figura di malato, meno tollerante nei confronti della malattia e più esigente nelle sue richieste di autonomia. Per realizzare una autentica alleanza terapeutica risulta allora indispensabile salvaguardare sia la competenza e l'autonomia decisionale del medico sia il bisogno di comprensione e di ascolto del malato, che è reso possibile anche dall'accorgersi spazio e tempo per esprimersi e raccontarsi.

The philosophical education of healthcare professionals is not to consider an external supplement of knowledge but the horizon where to place all knowledge and all practice which do not mean only about man but also for man. This is particularly important in the actual cultural context where the need for health is reporting a progressive expansion, while at the same time is getting on a new figure of the patient, less tolerant of disease and more demanding about his requests of independence. In order to realize a true therapeutic alliance, it appears then indispensable to protect both the competence and decision-making autonomy of the doctor and the need of understanding and attention of the patient, which is made possible also by granting him space and time to express himself and tell about himself.

Premessa

«C'era una volta un dottore...»

«Il professore mi riceve seduto alla scrivania, dove finge di controllare certi appunti. Poi parla al dittafono. È forte, felice, attivo. La sua scrivania ricorda quella di un prodotto cinematografico: amplissima, coperta da un cristallo, gli oggetti esposti sono inseribili e foderati di cuoio, ad eccezione del paralume che è foderato di seta. “Segga, signor Pagliano” mi dice gentilmente. Perché poi Pagliano? (forse un ricordo dello sciroppo contro la tosse). Seggo già triste, riandando nella memoria a tutte le storpiature del mio cognome: Fagliano, Floviano, Fragano, Fagiario.

Il professore mi fissa, sospirando. Il telefono interrompe questa prima scena. Al telefono il professore parla chiaramente senza curarsi di me, parla di una grande impresa clinica che ha in animo di fondare al suo paese, dove cercherà l'accordo dei medici locali, che non si esimeranno dal favorirlo, perché, soggiunge, alla sua impresa farebbe capo tutta la regione. Questo mi fa ricordare il mio paese. C'era una volta un dottore, laggiù, che tutti veneravano, perché passava il suo tempo a curare i poveri; e c'era un altro dottore – per caso costui era un mio cugino – che voleva curare soltanto i ricchi. Ma ormai è passato molto tempo. Il buon medico che trascorre la notte al capezzale dell'infermo, aspettando con l'alba la risoluzione della crisi, è rimasto nella mitologia delle nonne. Il buon dottore che accettava il caffè e parlava con il malato di altre cose che non la sua malattia, per tenerlo allegro, è stato ridicolizzato dagli antibiotici, dall'industria, dalla nostra fretta, dagli specialisti, dai chirurghi, soprattutto dalla nostra volontà di ammalarci, di non volerci sentire sani, per sfuggire le responsabilità di un mondo che non ha altro da offrirci.

Adesso il professore mi rivolge la parola: Ho letto i suoi libri, signor Pagliano, conosco la sua attività, i miei complimenti. Dunque, Pagliano, mi dica» (Flaiano, 1973: 9).

Il testo di Ennio Flaiano non è l'unico a dare voce narrativa a una nostalgia o, forse, più precisamente, a un'esigenza che non appartiene a nessun momento storico, per il semplice fatto che appartiene a tutti i momenti storici: il bisogno di cura. In esso non è racchiusa soltanto una semplice domanda di salute, ma soprattutto un'esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significa ridurre l'esercizio della medicina ad applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto tra medico e paziente in una prestazione di servizi, senza tener conto che

esso è in primo luogo attenzione ad una persona.

Occorre partire da una constatazione, ormai condivisa e ripetuta: la medicina non è solo un sapere né solo una tecnica e neppure la sintesi di entrambi. È una relazione interumana che sorge per un bisogno, quello della cura e per l'offerta di un aiuto tecnico: come tale, essa ha ai due poli due soggetti, il medico e il malato, che, in quanto persone, hanno un bisogno essenziale di comprendersi e di comprendere. Il medico deve comprendersi nella propria responsabilità professionale e comprendere il paziente nei suoi vissuti e nelle sue richieste; il malato deve comprendersi nella propria situazione di fragilità e comprendere il medico nella sua volontà d'aiuto.

Può solo la buona volontà di entrambi colmare questo bisogno? Forse sì, ma sicuramente non sempre. È necessaria una riflessione più attenta proprio sull'uomo, sull'uomo malato, sulle sue esigenze, sui suoi vissuti, per comprendere le implicazioni quotidiane della pratica medica. Non si tratta di giustificare la presenza o la necessità della filosofia nella medicina, perché questo è un dato acquisito fin dalle origini dell'arte medica, che si è configurata come scienza proprio grazie alla filosofia. Si tratta piuttosto di definire quale deve essere questa presenza, ossia quale posto deve avere la filosofia in medicina. È necessario, infatti, recuperare il ruolo della filosofia come riflessione critica sull'esercizio quotidiano della medicina e non come un ricorso strumentale per la risoluzione di casi estremi.

L'interrogativo tradizionale, «come posso aiutarla?», con cui il medico dà seguito alla domanda di cura del malato non può essere formulato adeguatamente se egli non possiede, oltre ad un'adeguata *conoscenza dell'arte*, anche una profonda *conoscenza dell'uomo* (Pellegrino, Thomasma, 1981: 22-24). Solo se ha riflettuto previamente sul significato di salute e malattia, sul *télos* della cura, sulla natura del bene del paziente, sulle implicazioni interpersonali del gesto terapeutico, egli potrà offrire in ogni circostanza l'aiuto più necessario e più opportuno. Questa riflessione antropologica costituirà inoltre il quadro di riferimento per i problemi bioetici, che in questo caso non riceveranno una semplice soluzione procedurale. Anzi, si può affermare che, in molte occasioni, la maggiore sensibilità, resa possibile dalla formazione antropologica, per gli aspetti umani dei problemi del malato, considerati anche nei risvolti relazionali, può contribuire a prevenire o ad attenuare l'impatto di certe situazioni estreme, anche se non potrà evitarle totalmente.

Pertanto, la filosofia, in particolare l'antropologia, si manifesta

come assolutamente necessaria non come un esteriore supplemento di saperi, ma come un orizzonte ove collocare ogni sapere che non intenda essere soltanto sull'uomo, ma anche per l'uomo.

«*Nullus medicus nisi philosophus*»

Karl Jaspers, nel saggio *Il medico nell'età della tecnica*, ricorda il celebre detto di Ippocrate «*Iatros philosophos isotheos*» «il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio» e commenta: «Con ciò non si allude a chi si limita a studiare filosoficamente, ma al medico che agisce, che è filosofo mentre, nel fluire della vita, facendo il medico, pensa secondo norme eterne» (Jaspers, 1995: 3).

Interrogarsi sulla necessità della filosofia significa già fare filosofia. Comporta, infatti, già il porsi una domanda filosofica: quella relativa alla portata e al carattere della propria conoscenza della realtà. Fare filosofia significa sforzarsi di elevare la propria esperienza al livello della ragione. Talvolta ci si imbatte nel pregiudizio che la filosofia sia distante dalla concretezza dell'esistenza, perché si occupa di 'astrazioni': la filosofia ha invece come oggetto la realtà e la vita stessa, solo che non si limita alla semplice constatazione dei fatti. Essa parte dall'esperienza, ma trascende l'immediatezza dell'esperienza per interrogarsi sul 'senso' che essa racchiude, ossia sul perché profondo, sulle cause e i principi che la spiegano. Con parole del filosofo Ricoeur, lo sguardo filosofico ha un'intima relazione con la non-filosofia:

«la filosofia ha sempre a che fare con la non-filosofia, poiché la filosofia non possiede un oggetto proprio. Essa riflette sull'esperienza, su tutte le esperienze, sul tutto dell'esperienza: scientifica, etica, estetica, religiosa. La filosofia possiede le proprie *fonti* al di fuori di sé stessa» (Ricoeur, 1992: 34).

Di ogni fatto o fenomeno sono in realtà possibili diversi livelli di spiegazione, ciascuno corretto, ma limitato a quel punto di vista; la nostra visione della realtà è, infatti, sempre prospettica. Diventa allora necessario guadagnare una prospettiva più ampia rispetto a quella limitata, propria di una scienza particolare, e risalire ad un livello di riflessione più elevato della semplice spiegazione dei fatti.

Per avere un esempio di come ogni analisi di fatti porti con sé una

molteplicità e gradualità di livelli di spiegazione, basta pensare all'operazione di decifrare dei segni tracciati su un foglio (Savagnone, 1991). Un'operazione del genere, solo apparentemente semplice, comporta in realtà quattro livelli di profondità. Nel primo ci si limita a interrogarsi sulla funzione immediata dei segni: sono scarabocchi tracciati a caso o lettere di una lingua sconosciuta? Nel secondo si intende spiegare il senso dei segni: a quale lettera dell'alfabeto ogni segno corrisponde? Nel terzo si indaga il senso delle parole: qual è il significato di ciascuna parola? Infine, nel quarto si risale al senso del testo: le frasi composte dalle parole quale significato hanno nel loro insieme?

In conclusione, l'effettiva e piena comprensione dello scritto preso in esame sarà raggiunta solo quando si arriverà al livello più profondo che integra tutti gli altri, per quanto ciascun livello di conoscenza abbia una sua validità e correttezza. Se ci si accontenta, però, dei livelli superficiali, la comprensione della realtà ovviamente sarà incompleta, perché avrà ignorato dimensioni importanti per il significato globale di ciò che si intende studiare.

Applicando queste considerazioni allo studio dell'uomo, si comprenderà meglio come procede la filosofia: non si limita semplicemente a dire sull'uomo ciò che le altre scienze non dicono, ma sintetizza e integra in un orizzonte più ampio tutti i dati offerti dalle scienze, come la biologia, la medicina, la psicologia. Queste fanno luce solo su aspetti parziali dell'essere umano, mentre la riflessione filosofica raggiunge il punto di vista dell'unità e della totalità.

Come afferma il fisico Polkinghorne

«la realtà è un'unità a molti livelli. Posso percepire un'altra persona come un aggregato di atomi, ma anche come un sistema biochimico aperto in interazione con l'ambiente o come un esemplare di *homo sapiens*, come un oggetto di bellezza, o come qualcuno i cui bisogni meritano il mio rispetto e la mia compassione, o infine come un fratello per cui Cristo è morto. Tutti questi aspetti sono veri e coesistono in maniera misteriosa in quell'unica persona. Se ne negassi uno, significherebbe che sminuisco sia quella persona che me stesso, che tento di capirla: significherebbe non rendere giustizia alla ricchezza della realtà» (2002: 1236).

Se la realtà presenta questa complessità che è la sua ricchezza, la nostra conoscenza sarà necessariamente graduale e ammetterà diversi livelli di descrizione e di spiegazione. Si può parlare, dunque di livelli

epistemologici, intendendo con questa espressione il grado di profondità che ciascuna scienza raggiunge nel suo studio della realtà, a seconda del metodo utilizzato che delimita anche il punto di vista dell'indagine.

Solo grazie alla filosofia lo studio dell'uomo può raggiungere il livello dell'interiorità oggettiva, ossia quella dimensione dell'esistenza umana considerata nella prospettiva della sua essenza e del suo fondamento originario, vale a dire ricercando cos'è che fa sì che essa sia propriamente un'esistenza umana.

La necessità di uno studio filosofico dell'uomo nasce dall'esigenza di conservare una prospettiva ampia e unitaria, evitando il pericolo di cadere in quello che è definito come riduzionismo¹. Partendo dalla necessità di selezionare un particolare punto di vista sul proprio oggetto, operazione indispensabile per una scienza che intenda condurre un'analisi profonda e rigorosa, la prospettiva riduzionista finisce, però, per ridurre ad esso tutti gli aspetti possibili in cui quell'oggetto può essere studiato. Per non cadere nel riduzionismo, sarebbe necessario un costante andirivieni tra l'analisi e la sintesi, tra la parte e il tutto, tra il singolare e l'universale (Searle, 1994).

Il filosofo Bergson, criticando l'eccesso di specializzazione, che rappresenta una forma di riduzionismo, in un discorso del 1882, si esprimeva in questi termini:

«Non ci si dovrebbe calare in una scienza speciale, se non dopo aver considerato dall'alto, nei loro contorni generali, tutte le altre. È che la verità è una: le scienze particolari ne esaminano i frammenti, ma conoscerete la natura di ciascuno di essi solo se vi renderete conto del posto che esso occupa nell'insieme. Non si comprende una verità particolare se non quando si sono scorti i rapporti che essa può avere con le altre. Conoscete forse un edificio quando vi abbiano mostrato prima le pietre? Eppure non ci sono che pietre nell'edificio. È che tutta l'arte sta nella disposizione e ciò che importa non è conoscere la pietra, ma il posto che essa occuperà. Tutti avete maneggiato un microscopio e avete potuto vedere, nella scatola che lo contiene, quei vetrini

¹ «Un riduzionista ritiene che un sistema complesso non sia nient'altro che la somma delle sue parti, per cui si può dar ragione del sistema "riducendone" la considerazione a quella dei singoli costituenti. Un antiriduzionista, al contrario, ritiene che il tutto sia maggiore della somma delle parti, per cui vi sono proprietà "olistiche" che non possono essere descritte in termini dei puri elementi costituenti» (Polkinghorne, 2002: 1231).

che racchiudono una preparazione anatomica. Prendetene uno, collocatelo sotto l'obiettivo e guardate attraverso lo strumento. Distinguerete un tubo, diviso in compartimenti; fate scorrere il vetrino: alle cellule succedono le cellule; avete distinto mirabilmente ognuna di esse. Ma qual era l'oggetto e cosa avete visto? Sarete obbligati, se volete saperlo, a mettere da parte il vostro strumento e a contemplare a occhio nudo, nella sua totalità ripugnante, la zampa del ragno. È per guardare la verità al microscopio che la si è, anch'essa, decomposta; se non si comincia col gettare un colpo d'occhio sull'insieme, se ci si trasporta immediatamente alle parti, per non considerare che quelle, si vedrà forse molto bene, ma non si saprà neanche cosa si è guardato» (Bergson, 2000: 55).

Ad esempio, se l'oggetto d'indagine è la sofferenza umana, in una prospettiva riduzionista di stampo materialistico, questa verrà considerata esclusivamente come dolore, inteso dal punto di vista somatico. In quest'ottica, tutte le volte che affioreranno le altre molteplici dimensioni, etiche, psicologiche, sociali o religiose, di questo fenomeno, si tenderà di ridurle a manifestazioni di quell'unica dimensione ammessa come possibile, anzi si tenderà a considerarle come ulteriori casi di dolore somatico. O ancora, se l'oggetto di studio è il principio immateriale dell'uomo, tradizionalmente definito come spirito, in un'ottica di riduzionismo materialista, si finirà per ridurre lo spirituale al mentale, o psichico, e il mentale al neurologico, in un processo che ricondurrà lo spirito alla mente e questa, a sua volta, al cervello.

L'antropologia filosofica, come parte della filosofia che si occupa di riflettere sull'essere umano in ciò che ha di caratteristico, ossia cercando di definirne la natura e il posto particolare che occupa nel mondo dei viventi, adotta il punto di vista della totalità, come dichiara il filosofo Heschel:

«L'uomo ci interessa nella sua totalità, non per questo o quello dei suoi aspetti. Le singole scienze specializzate (antropologia, linguistica, fisiologia, medicina, psicologia, sociologia, economia, scienze politiche), malgrado i loro sforzi tendono a limitare la totalità dell'individuo considerandolo dal punto di vista di una funzione o di un impulso particolare. La nostra conoscenza dell'uomo ne risulta frantumata: troppo spesso scambiamo una parte per il tutto» (Heschel, 1971: 15).

Per indicare più precisamente la prospettiva dell'antropologia filosofica, o più in generale della filosofia, si è utilizzato il termine di *totalità intensiva* (Sanguineti, 1992): con esso si intende che, mentre le altre scienze delimitano il loro punto di vista su di un oggetto escludendo gli altri punti di vista, la filosofia ricerca un sapere completo, totalizzante, su quell'oggetto. Ma tale sapere non risulta dalla semplice somma di tutte le conoscenze scientifiche parziali: si tratterebbe in questo caso di una totalità di tipo 'estensivo', cioè enciclopedico, ormai peraltro irraggiungibile, data il progressivo aumento della quantità di dati. Si tratta, invece, di una visione di sintesi essenziale, *trans-oggettiva*, cioè che tende ad andare oltre i limiti di quell'oggettività schematica che caratterizza le altre scienze. La domanda alla quale intende rispondere è la seguente: chi è veramente l'uomo?

La duplice anima della medicina

Occorre una formazione filosofica per ripensare il nesso irriducibile tra persona e natura, che emerge quando si considera la malattia non come semplice dato naturale ma come un evento personale. La medicina non diventa 'arte del prendersi cura', ma solo 'tecnica delle cure', se inquadra la natura in un'ottica puramente biologica, mentre essa va esaminata anzitutto come una realtà connotata normativamente e teleologicamente, in cui oggettività e soggettività personale non sono antagoniste, ma quest'ultima costituisce la regola a cui attenersi per l'autentico ben-essere (Brody, 2011).

Nel riferirsi allo statuto della medicina, il filosofo e medico spagnolo Laín Entralgo ha usato la felice espressione di «centauro gno-seologico», per indicare la sua duplice appartenenza all'ambito delle scienze della natura e a quello delle scienze dello spirito (Laín Entralgo, 1961). Il rifiuto di annoverare la scienza medica tra le scienze naturali è motivato dalla centralità che in essa riveste l'atto di cura, inteso come la relazione di aiuto che vincola il medico nei confronti del malato. Proprio per questo, con un orientamento spiccatamente personalistico, egli preferiva definire la medicina come «l'arte di favorire la cura di un uomo malato» (Lain Entralgo, 1961: 13).

L'ormai tradizionale dialettica tra spiegare (*Erklären*) e comprendere (*Verstehen*), introdotta dalla distinzione *diltheyana* tra scienze della natura e scienze dello spirito, storicamente ha contribuito a creare una

sorta di irriducibilità tra due modi di intendere la medicina. Dove spiegare e comprendere possono invece trovare una sintesi è proprio nell'atto medico, che è e deve essere una relazione interpersonale. Il sintomo non è solo un segno, ossia non rimanda esclusivamente a un fatto patologico, ma è anche un simbolo, in quanto contiene un senso da decifrare, così come simbolo è il corpo stesso del malato.

H.G. Gadamer, nei suoi brevi saggi dedicati alla filosofia della medicina, ha messo in luce come la 'rimozione del soggetto', processo che la medicina moderna ha intrapreso per trasformarsi da *ars a scientia e técnica*, sia in realtà 'un'impossibile condizione di possibilità', perché non si può dimenticare che l'oggetto della medicina è invece un soggetto e chi la esercita è anch'esso soggetto². Realtà umane come il corpo, la salute, la malattia, sfuggono ad una totale oggettivazione. Parimenti, anche la 'rimozione del senso della vita nel suo legame con la morte' e la considerazione della morte come l'a priori oggettivo dell'osservazione medica, pur avendo assicurato una maggiore scientificità alla medicina, la ha esposta al rischio della disumanizzazione. Per questo, conclude Gadamer, la medicina, per mantenersi fedele all'umano, dovrebbe affiancare al paradigma biomedico il paradigma umanistico, costituito inscindibilmente dalla metafisica, dall'etica e dall'antropologia (Gadamer, 1992: 36-38).

Se la medicina resta fedele al suo compito, saprà sfuggire al pericolo di trasformarsi in un'asettica tecnica della guarigione. Una condizione necessaria è la consapevolezza dell'irriducibilità della vita umana a semplice dato di natura. Bisogna guardarsi da quel processo definito come *desemantizzazione* della vita (D'Agostino, 2007; Viafora, 2007), per cui si assume come generico punto di partenza la vita intesa in modo indifferenziato, il *bíos*, perdendo di vista la distinzione tra vita umana e vita non umana. La vita umana, invece, non è un semplice patrimonio genetico, ma è inseparabile da una coscienza cognitiva e valutativa, da un sistema sociale e da una cultura. Identificandola genericamente con il *bíos*, si rischia di ridurre la naturalità di alcune esperienze – come il nascere e il morire – alla loro fattualità biologica, privandole di senso³.

² Si vedano le due conferenze *Teoria, tecnica e prassi* (1972) e *Apologia dell'arte medica* (1965) in *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.

³ «La vita non è un ordine 'materiale' – in tal senso, appunto, 'biologico' – che possa essere determinato in termini oggettivistici, a prescindere dal riferimento alle forme della coscienza. E' invece forma originaria e imprescindibile mediante la quale si articola la coscienza del soggetto. Più precisamente, essa presiede alla prima forma del venire a coscienza dell'uomo, e dunque all'emergere della stessa coscienza morale» (Angelini, 1998: 190).

Come semplice dato empirico, il *bios* non ha valore: lo assume invece quando si individualizza in un soggetto che deve la sua unità ad un principio spirituale. Osserva D'Agostino (2009) citazione (p. 50): «il valore non appartiene all'ordine della natura, lo trascende [...] ma è solo grazie all'ordine della natura che il valore può avere possibilità di manifestarsi» (D'Agostino, 2009: 50).

Se diventa quantificabile e misurabile, la vita perde le sue connotazioni morali e finisce per prestarsi a comparazioni, a scelte, modellandosi sull'immagine medica. Da qui l'enfasi sulla qualità della vita o, al contrario, la demonizzazione in blocco di ogni tecnologia biomedica giudicata artificiale e manipolatoria. Solo riflettendo sullo spessore morale della vita umana, si comprenderà il senso autentico delle esperienze primarie, quelle definite 'naturali', come il mettere al mondo un figlio o l'evento della morte e se ne coglieranno i risvolti relazionali che le accompagnano e le qualificano.

La medicina deve pertanto realizzare una sorta di *ermeneutica dell'esperienza umana*, per interpretare e comprendere il senso umano del generare e del morire, spesso oscurato da una visione naturalistica o tecnicizzata della vita. Non si tratta di semplici fatti né di accadimenti privi di senso, ma neppure di gesti di libertà, di cui l'uomo è arbitro assoluto, rispondendone solo di fronte a sé stesso. Proprio in quanto esperienze umane, nascere e morire sono caratterizzate dalla relazionalità e da un'evidente carica simbolica. Generare è per l'essere umano qualcosa di radicalmente diverso del riprodursi del resto del mondo animale: non è un semplice processo biologico, ma un'esperienza complessa, contemporaneamente naturale, culturale e sociale. Ignorare la dimensione relazionale rischia di produrre un'atomizzazione delle biografie, per cui quella del singolo incrocia solo casualmente quella degli altri e, in ogni caso, per riferirla a sé stesso. D'altra parte, trattare i processi naturali come meccanismi modificabili ha come effetto la progressiva strumentalizzazione del mondo, degli altri e persino di sé stessi: se, ad esempio, al corpo umano non si riconosce più la qualità di repertorio di significati, si rischia di ridurlo a materia grezza, puro mezzo a disposizione del desiderio (Angelini, 1998).

Se la professionalità del medico non è al servizio della vita genericamente intesa, ma al servizio dell'uomo vivente, si comprende perfettamente che l'arte della cura si caratterizzi come una autentica *paidéia*: non la semplice offerta di soluzioni tecniche alle diverse richieste del malato, ma una risorsa per aiutarlo a decifrare il sintomo o il desiderio,

a riconoscere le domande inesprese che ne costituiscono l'implicito sfondo. Così come la richiesta eutanasica è stata paragonata a un iceberg, perché la domanda di morire 'con dignità' in realtà non è che la minima parte emergente di un mondo sommerso formato soprattutto da *domande di senso* e da *domande d'aiuto* (De Hennezel, 2002), un discorso analogo si può fare per altre richieste oggi rivolte sempre più spesso alla medicina. Si pensi, ad esempio, all'istanza di un figlio a qualsiasi età, alla garanzia che nasca sano, alla pretesa di una gravidanza senza rischi o alla garanzia della guarigione assoluta: tutte rivelano un equivoco di fondo, non solo da parte del paziente, ma anche da parte del medico che consiglia, promette o acconsente. Occorre che il medico coltivi una sorta di modestia terapeutica, per adoperarsi per quanto è possibile, ma con *modus*, ossia con misura ed equilibrio: un atteggiamento che ha una valenza educativa nei confronti del malato e dei suoi familiari, a favore di un maggiore realismo (Binetti, 2010). Nell'epoca della ragione calcolante, forse abbiamo dimenticato che la saggezza greca intendeva la misura non come valore puramente quantitativo conseguente all'uso di uno strumento (*métron*), ma come un equilibrio formale (*métrion*), dovuto all'armonia della totalità vivente, misurabile solo in parte (Gadamer, 1994). Ciò significa che la ricerca della giusta misura – del giusto – nell'arte della cura comporta sempre l'orientamento al bene totale della persona, che proprio nell'unità corporeo-spirituale mostra tutta la sua bellezza.

I nuovi modelli di salute e di malattia

Il discorso con cui Margaret Chan, attuale Direttrice Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), il 19 ottobre 2011 ha aperto a Rio de Janeiro la prima Conferenza Mondiale sui Determinanti Sociali di Salute, ha mostrato con grande evidenza quanto si sia lontani dal realizzare quella che è stata la grande utopia, cioè il grande progetto umano, della «salute per tutti nell'anno 2000». Questo slogan, coniato nello storico summit di Alma Ata del 1978, presenti i Ministri della Sanità di tutti i Paesi, era più di una promessa: sembrava una sfida lanciata al mondo, una sorta di esorcismo contro i mali, in nome del potere della scienza e della razionalizzazione delle risorse. La nuova società del 2000 sarebbe stata una società della salute: un sogno possibile grazie all'assistenza sanitaria di base assicurata a tutti e a mirate campagne

di prevenzione, come seguito di un approccio integrato allo sviluppo. Del resto, il sogno di Alma Ata non era che l'applicazione pratica di quella concezione di salute che circa trent'anni prima era stata definita come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia»⁴. Un'affermazione che con ragione esprimeva l'idea che stare in salute è ben più che non essere malati, ma che ampliava a dismisura sia gli scopi della medicina sia la domanda di cura. Con quali mezzi e a chi riconoscere il diritto alla salute impostata in questi termini? Cosa rientrerebbe nella nozione di salute e cosa è di troppo? Se 'stare bene' diventa sinonimo di 'benessere', tutte le situazioni di disagio, di stress, di tristezza non andrebbero forse trattate medicalmente come mancanze di salute?

La storia della promozione della salute successiva ad Alma Ata ha dato ragione a queste perplessità.

Da un lato si è assistito ad un progressivo e arbitrario allargamento della nozione del diritto alla salute⁵. Dall'altro, sono stati gli stessi organismi internazionali a riconoscere, se non il fallimento, perlomeno l'azzardo di una promessa così audace come «salute per tutti nell'anno 2000». Nel 2008 Margaret Chan rilevava che l'investimento in tecnologie ed interventi da solo non avrebbe comportato automaticamente migliori risultati per la salute, se non ci fossero stati maggiori investimenti nello sviluppo della capacità dei sistemi sanitari. Il rapporto annuale dell'Oms di quello stesso anno denunciava la deriva dei sistemi sanitari dovuta all'ospedalizzazione della salute, alla frammentazione dei programmi e alla commercializzazione sempre più pervasiva dell'assistenza sanitaria (WHO, 2008). Da ultimo, l'intervento della

⁴ La definizione è contenuta nel Preambolo al Protocollo di Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, New York, 22 luglio 1946. Si rimanda a Corsini, V. (1958). *Codice delle Organizzazioni Internazionali*. Milano: Giuffrè.

⁵ Si pensi al termine «salute riproduttiva», coniato nella Conferenza del Cairo su Popolazione e Sviluppo (1994) e ribadito l'anno dopo nella Conferenza di Pechino sulla Donna, che estende la nozione di «completo benessere fisico, mentale e sociale» a «tutti i contesti riguardanti il sistema riproduttivo, le sue funzioni e i suoi processi», in modo che «le persone siano in grado di avere una vita sessuale soddisfacente e sicura». Un allargamento che, pur prendendo giustamente in esame una sfera cruciale della promozione della salute soprattutto nei Paesi in via di sviluppo, è risultato più allarmante che rassicurante. Da una parte, per realizzare la promessa, ha dato luogo a imponenti campagne di monitoraggio e di controllo della fertilità, dall'altra ha introdotto – con il termine «soddisfacente» – un margine di soggettività difficilmente precisabile, rendendo arbitrarie molte richieste nei confronti della medicina.

Chan (2011) a Rio de Janeiro ha stupito non pochi, per la denuncia dei processi di globalizzazione, che di fatto non hanno realizzato la promessa di portare benefici per tutti. Secondo la sua espressione, la globalizzazione non è stata «la marea che solleva tutte le barche», ma solo quelle più grandi, mentre ha fatto colare a picco quelle piccole. Non ridistribuendo equamente le risorse, ha prodotto una situazione di disuguaglianza senza precedenti, sia nel campo dell'economia che della salute. Da qui la conclusione lapidaria: «Le differenze all'interno e tra paesi, in termini di livelli di reddito, di opportunità, di stato di salute e di accesso alle cure oggi sono maggiori che in qualsiasi altro momento della storia recente» (Chan, 2011). L'allarme lanciato riguarda non solo i Paesi in via di sviluppo, ma anche quelli sviluppati, dove la promozione della salute incontra il suo scoglio maggiore nelle cosiddette «malattie non trasmissibili», dovute in gran parte agli stili di vita⁶ (Cosmacini *et. al.*, 1996).

A livello della vita quotidiana e dei modelli culturali, la promessa della salute perfetta è stata come il sasso lanciato nello stagno: ha prodotto un'onda d'urto difficilmente prevedibile e governabile, alimentando il miraggio della vittoria definitiva su ogni tipo di malattia e la tendenza a vedere nella medicina la soluzione di qualsiasi malessere. Quando il *British Medical Journal* nel 2002 ha invitato i suoi lettori a identificare quali fossero le principali 'non-malattie', per rilevare la tendenza a considerare malattie dei problemi che invece non hanno nulla di patologico, l'esito è stato a dir poco sorprendente (Smith, 2002). Dalla votazione è risultata una classifica in cui tra le prime venti 'non-malattie' sono stati inclusi l'invecchiamento, le borse sotto gli occhi, la calvizie, i capelli grigi, la bruttezza, la gravidanza, fino ad arrivare alla solitudine e all'infelicità. Ma ancora più indicativa era la riflessione dell'articolista: una 'non-malattia' non solo non richiede un trattamento medico, ma con l'intervento della medicina diviene addirittura più complessa e pertanto meno superabile.

Dall'indagine emerge una situazione inquietante: la 'società della salute' si è convertita paradossalmente nella 'società della malattia', dove l'incerto confine tra normale e patologico, la crescente domanda di essere curati oltre ogni limite, o al contrario di rifiutare le cure, sono

⁶ Per la cura del diabete, ad esempio, alcuni paesi investono ben il 15% del bilancio sanitario nazionale. Si stima che nei prossimi vent'anni il costo delle malattie non trasmissibili peserà sull'economia globale più di 30 trilioni di dollari, ossia il 48 per cento dell'attuale PIL mondiale.

le spie di quella che lo storico Cosmacini ha definito come «l'estinzione dell'uomo sano»⁷, effetto paradossale e imprevedibile dell'ampliamento del diritto alla salute. In linea con la brillante commedia di Jules Romains, *Il dottor Knock* – dove il protagonista, medico di fresca nomina in un paese i cui abitanti godono di una salute di ferro, riesce a trasformare il luogo in una miniera di pazienti che bussano alla sua porta – allo stesso modo la nostra società sembra riconoscersi, anche se a malincuore, nella definizione di «società di malati». J. Le Fanu, indica tre recenti cambiamenti dell'universo biomedico, oltre al paradosso tipico del mondo sviluppato che egli definisce il binomio «sani ma preoccupati»: l'insoddisfazione dei medici, la crescente popolarità delle medicine alternative, la crescita vertiginosa della spesa sanitaria (Le Fanu, 2005).

Ripensare la relazione di cura

Nel quadro sinora descritto, risulta quanto mai importante riflettere sulle caratteristiche essenziali della relazione medico-paziente per impostare correttamente una prassi terapeutica dove la responsabilità della cura si armonizzi con le aspettative del malato. È in questa relazione che possono trovare equilibrio le promesse della medicina e le speranze del malato. Per realizzare una autentica alleanza terapeutica è indispensabile salvaguardare tanto la competenza e l'autonomia decisionale del medico come il bisogno di comprensione e di ascolto del malato, che viene assicurato anche dalla possibilità di esprimersi e di raccontarsi.

Lisa Sanders (2009) descrivendo il processo ideale per giungere a una buona diagnosi, sottolinea l'importanza della storia di malattia, intesa non come semplice anamnesi, ma come racconto da parte del paziente, che il medico rimodella nel linguaggio della medicina attribuendo un

⁷ L'effetto iatrogeno è divenuto maggiore anche come imprevedibile conseguenza delle nuove possibilità in campo diagnostico. Ad esempio, nonostante il progressivo calo delle nascite, le richieste d'intervento che i genitori pongono al pediatra per i loro bambini negli ultimi anni si sono triplicate. Dai recenti dati ISTAT, in Italia tre donne su dieci si sottopongono ad almeno sette ecografie in gravidanza, contro le tre indicate. Si parla di *superscreening*, ossia di una 'overdose' di esami clinici che, più che tranquillizzare, accrescono l'«angoscia da sintomo» e provocano una maggiore esposizione psicologica al timore dell'evento negativo.

nome alla disfunzione biologica e inserendo nella storia le informazioni raccolte dagli esami strumentali. Una volta eseguita la diagnosi, il clinico restituisce il racconto al malato traducendolo nel suo linguaggio e nel suo contesto esistenziale in modo che egli possa poi inserirlo nella storia più ampia della sua vita. Uno degli elementi più importanti ed efficaci di cui il medico dispone è pertanto la capacità di restituire al paziente la sua storia in una forma che gli permetta di capire che cos'è la malattia e ciò che significa biograficamente. In questo modo, può offrire al paziente la possibilità di riacquistare, se non un controllo su ciò che patisce, almeno un ruolo di protagonista, trasformando la passività in pazienza (Alici, 2016). Se non può controllare la malattia, potrà almeno controllare in qualche misura la sua reazione ad essa, riuscendo ad appropriarsene. Pertanto, una storia che aiuta il paziente a dare un senso a una malattia anche grave è una storia che in qualche modo può sanare. Sandro Spinsanti (2016) utilizza una metafora sartoriale per definire l'approccio narrativo in medicina. La cura giusta è quella tagliata e cucita su misura addosso al paziente tenendo conto del suo profilo individuale, come un vestito di alta sartoria, mentre quella priva di ascolto da parte del medico risulta impersonale, come i vestiti di taglia unica dei grandi magazzini.

Tutto ciò è particolarmente importante, nel caso di malattie estremamente complesse, per l'elevato impatto epidemiologico, imprevedibili nell'evoluzione clinica e spesso cronicizzanti, come il cancro. L'oncologo Siddharta Mukherjee nel suo noto saggio sui vissuti del cancro, descrive questa patologia con caratteristiche analoghe al campo di sterminio, in quanto «nega la possibilità di una vita al di là di sé stesso; riconduce a sé l'intera esistenza. La vita quotidiana di un paziente diventa così concentrata sulla malattia, che il mondo svanisce» (2011: 22). A partire dalla diagnosi, la vita del malato si trasforma in un labirinto di specchi, che riflettono all'infinito la malattia; viene minacciata la sicurezza del futuro e dello stesso esistere. In questo caso, la domanda da parte del malato non è solo di essere curato, ma di essere rassi-curato, ossia accompagnato e sostenuto nella sua fragilità.

Il linguaggio è allora il tramite attraverso cui medico e malato divengono in qualche modo 'autori' della cura, seppure in modo differente e complementare, in modo che la relazione si configuri come il luogo della conoscenza, del giudizio e della scelta. È la relazione a consentire di mediare tra il livello della medicina basata sulle evidenze e sui protocolli terapeutici (EBM) e il livello della medicina

narrativa, che si avvale del racconto e dell'ascolto empatico (NBM)⁸. In caso contrario, la prima rischia di diventare impersonale e riduzionista, mentre la seconda corre il pericolo di trasformarsi in una negoziazione dove la distinzione tra ruoli e competenze si sfuma fino a svanire.

Come è stato osservato,

«il linguaggio è la porta attraverso la quale si accede ai mondi dei soggetti e a quelli della relazione [...]. È estensione del *corpo*, che non parla solo attraverso sintomi, ma anche mediante discorsi, gesti, stili, perciò è anche estensione della *persona*, che a sua volta non racconta più solo sintomi del corpo, ma propri argomenti, punti di vista, emozioni» (Cavicchi & Numico, 2015: 139).

Rimettere al centro la relazione significa altresì considerare non soltanto quella con il malato, ma anche quel tessuto di relazioni in cui il malato è inserito, che si presenta parimenti come un tessuto di discorsi e di racconti, utili al personale sanitario per comprendere con maggiore precisione e profondità i vissuti della malattia e della cura. Le metafore della trama o del mosaico ben si addicono, pertanto, alla relazione terapeutica, per quello che significano di paziente collegamento e ricomposizione di elementi significativi, così come la metafora dell'alleanza, di origine biblica, dove la promessa di curare si intreccia con la fiducia e con la speranza di vincere, se non il male, almeno la solitudine e la mancanza di senso.

BIBLIOGRAFIA

- Alici, L. (2016). *Il fragile e il prezioso. Bioetica in punta di piedi*. Brescia: Morcelliana.
- Angelini, G. (1998). La questione radicale: quale idea di "vita"? In *La bioetica. Questione civile e problemi teorici sottesi*. Milano: Glossa.
- Bergson, H. (2000). La specializzazione. In Russo, M.T. (ed.) *Saggi pedagogici*. Roma: Armando.

⁸ L'origine della medicina narrativa rimonta alle ricerche condotte a fine anni Ottanta, presso l'*Harvard Medical School* ad opera di Arthur Kleinman e Byron Good, i quali definiscono la medicina come un sistema culturale che comprende un insieme di significati simbolici modellanti il vissuto del malato e la stessa pratica clinica. Cfr. A. Kleinman, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York, 1988.

- Binetti, P. (2010). *Il consenso informato. Relazione di cura tra umanizzazione della medicina e nuove tecnologie*. Roma: Magi.
- Brody, H. (2011). *Defining the medical humanities: Three conceptions and three narratives*. J Med Humanit.
- Cavicchi, I. & Numico, G.M. (2015). *La complessità che cura. Un nuovo approccio all'oncologia*. Dedalo, Bari.
- Chan, M. (2011). *Opening address at World Conference on Social Determinants of Health*. Rio de Janeiro, Brazil, 19 October 2011. Disponibile da <http://www.who.int/dg/speeches/2011/social_determinants_19_10/en/index.html> (last access 17.03.2017)
- Cosmacini, G., Gaudenzi, G. & Satolli, R. (1996). *Dizionario di storia della salute*. Torino: Einaudi.
- D'Agostino, F. (2007). Che cos'è la bioetica?. in Da Re, A. (ed.). *Etica e forme di vita*. Milano: Vita e Pensiero.
- De Hennezel, M. (2002). *La dolce morte*. Milano: Sonzogno.
- Flaiano, E. (1973). *La solitudine del satiro*. Milano: Rizzoli.
- Gadamer, H.G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Heschel, A.J. (1971). *Chi è l'uomo?* Milano: Rusconi.
- Jaspers, K. (1995). *Il medico nell'età della tecnica*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lain Entralgo, P. (1961). *Enfermedad y pecado*. Barcelona: Toray.
- Le Fanu, J. (2005). *Ascesa e declino della medicina moderna*. tr. it., Milano: Vita e Pensiero.
- Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1981). *A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy and ethic of the healing professions*. New York: Oxford University Press.
- Polkinghorne, J.C. (2002). Voce Riduzionismo, in *Dizionario interdisciplinare di Scienza e Fede*. Roma: Città Nuova, 2.
- Ricoeur, P. (1992). *Philosopher après Kierkegaard: Cahiers de Philosophie: Lectures 2*, nn. 8/9 (1989). Paris: Seuil.
- Sanders, L. (2009). *Every Patient tells a Story: Medical Mysteries and the Art of Diagnosis*. New York: Broadway Books, trad. it. Lupi, G. *Ogni paziente racconta la sua storia: L'arte della diagnosi*. Torino: Einaudi.
- Sanguinetti, J.J. (1992). *Introduzione alla filosofia*. Roma. Urbaniana University Press.
- Savagnone, G. (1991). *Theoria. Alla ricerca della filosofia*. Brescia: La Scuola.
- Smith, R. (2002). In Search of Non Disease. *British Medical Journal*, 324, 883-885.

- Spinsanti, S. (2016). *La medicina vestita di narrazione*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Viafora, C. (2007). Desemantizzazione delle forme di vita: il problema della bioetica. In Da Re, A. (ed.), *Etica e forme di vita*. Milano: Vita e Pensiero.
- Who, (2008). *The World Health Report 2008*. Disponibile da <<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>> (last access 17.03.2017).