
MASSIMILIANO MARINELLI

MEDICINA NARRATIVA E IDENTITÀ PERSONALE

*Alla ricerca di un rapporto orientato
verso la persona*

Abstract

Narrative Medicine is a communicative practice that directs care towards the person. In order to deal with the person and not entertain oneself in the safe territory of the sick body, it is necessary to place oneself in the dimension and perspective of those in front of you, placing the patient's usual world and his order of meaning within the care relationship. It is believed that under the figure of the narrative identity it is possible to indicate the modalities of intersubjective relationship, in which the narrative is able to orient the care towards the person; in fact, narrative identity shows the dynamism of personal identity, the intertwining of stories and the reconfiguration of the self. Through the narration it is possible to express the sense of what the person, put aside by the diagnostic apparatus, would like to say to the doctor and which remains hidden from the discourse on the body. By removing this sort of *epochè*, the diagnostic and therapeutic process centered on the entity is included in the dialectic between explanation and understanding, in the anthropological territory of the search for a concordance on the plan of care.

Keywords: Communication; Hermeneutics; Narrative Medicine; Phenomenology

La Medicina, ormai consapevole, sia di dover abbandonare il tono paternalistico, sia dei rischi nel mantenere un atteggiamento tecnicistico autoreferenziale, ha rindirizzato il rapporto terapeutico centrandolo prima sul paziente e poi aggiustando il tiro, sulla persona¹.

Tuttavia, a fronte della quasi universale condivisione di tale orientamento, spesso non si è tenuto in considerazione il significato di tale cambiamento di rotta, continuando la normale prassi medica, dando al paziente esclusivamente un maggior ruolo decisionale, attraverso una informazione tecnicamente esatta².

Eppure, una volta imboccata la direzione, che rende la persona un reale partner del processo decisionale appare chiara la necessità di ricercare una autentica relazione di cura, capace di mettere sul piatto della bilancia tanto le proposte terapeutiche del medico, quanto le esigenze del paziente.

Si tratta di una ricerca difficile e non immediata in quanto il rapporto, innanzitutto e per lo più, non si rivolge primariamente alla persona, ma intende ricercare l'ente malattia che il paziente presenta

Infatti, una delle modalità attraverso le quali la Medicina si è fatta scienza è stata

1 E.J. HAKANSSON ET AL., "Same same or different?" *A review of reviews of person-centered and patient-centered care*, in «Patient Education and Counseling», 102, 2019, pp. 3-11.

2 M. MARINELLI, *La persona al centro della cura*, in «Lettere dalla Facoltà», 20, n. 3 maggio/giugno 2019, p. 37.

quella di ‘costruirÈ l’ente malattia: un ente che, rispetto all’essere umano, è possibile conoscere con precisione e del quale è possibile spiegare ogni relazione di causa ed effetto che, ad esempio, partendo dalla singola mutazione di una tripletta del DNA, porta necessariamente alla produzione di proteine non funzionanti e ai sintomi e ai segni che tale disfunzione comporta. Ora l’ente malattia è un separato artificiale di un inseparabile: il corpo umano che io sono e che vive i limiti che il mal-essere impone alla mia costitutiva fragilità e vulnerabilità.

Analizzando l’apparato diagnostico della Medicina, appare evidente, quindi, come esso sia un processo di estrazione da un intero che diviene tecnicamente solo il contenitore di ciò che importa determinare. Il contenitore dovrà essere attentamente esaminato per discernere, tra i rumori di fondo costituiti dal soggetto, quei segni inequivocabili che, posti nel giusto ordine, collimeranno con i criteri che la Medicina si è data per poter nominare quel particolare ente del quale la Medicina già dispone nel suo classificatore.

La diagnosi, in quanto tale, non è interessata alla persona e la mette tra parentesi per non incorrere in errori di giudizio.

Diviene rilevante, allora riassumere un punto di vista che consideri la persona come un essere umano con ragione, volontà, sentimenti e bisogni, per coinvolgerla attivamente nel trattamento e nella cura e dotarsi degli strumenti necessari per occuparsi degli elementi soggettivi, sociali ed esistenziali del malato.

Ecco allora che, pur volendo ascoltare la persona, diviene difficile udire la sua reale voce, essendo primariamente occupati a recepire solo il linguaggio scientifico che la sua malattia esprime e che interessa ai fini diagnostici.

Come comunicare, allora, in modo da legittimare le idee e le interpretazioni di ciò che sta accadendo al paziente? Come percepire il peso del vissuto della malattia per farlo entrare nell’agenda comune della cura? Come concordare un piano di cura nel quale ci sia una reciprocità tra l’agenda medica e quella della persona, in modo che possa sentirsi veramente partecipe?

È evidente come tali domande si ritrovino nella prassi quotidiana di chi vorrebbe centrare la relazione verso la persona. Una risposta immediata attraverso una delle tante tecniche di comunicazione presenti in sanità, tuttavia, sarebbe inefficace se non facesse i conti con questioni preliminari ineludibili che sono dense di riferimenti teoretici che assumono la forma di un altro domandare: se non dall’apparato biomedico, da quale altro luogo è possibile disporre degli strumenti per un ascolto attivo della voce del paziente?

In considerazione della volontà di instaurare una relazione di cura, quale rapporto si stabilisce reciprocamente con l’altro?

A che livello e in quale dimensione le identità personali del medico e del paziente si incontrano nello specifico territorio dell’agire e del patire?

Qual è il rapporto tra la spiegazione dei fatti scientifici e la comprensione che medico e paziente devono avere per istituire un rapporto centrato verso la persona?

In questo saggio si intende mostrare come la Medicina Narrativa possa rispondere a tali domande quando venga intesa sotto la cifra della filosofia ricœuriana, incardinando

il rapporto medico e paziente nell'alveo dell'identità narrativa che può riconfigurarsi nella storia di azione e di patimento e inserendo l'arco ermeneutico della spiegazione e comprensione al centro della relazione di cura, attraverso la funzione dialogica interpersonale, alla ricerca della concordanza del piano di cura.

1. *Medicina Narrativa come orientamento della cura verso la persona*

La Medicina Narrativa può essere definita come una pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona³.

Questa definizione, seppure costituita da poche parole, appare densa di implicazioni: in primo luogo, si esprime l'idea che l'orientamento non sia automatico e garantito, ma che la cura (o una dimensione della stessa) possa essere indirizzata ad altro. In secondo luogo, la definizione stabilisce il territorio di appartenenza della Medicina Narrativa: essa si dà, in senso stretto, solo in un rapporto centrato sulla persona e in forza di atti comunicativi. In terzo luogo, nel momento stesso in cui si lega la Medicina Narrativa ai concetti di cura e di persona, si indica un itinerario epistemologico che assumerà connotati precisi nella dialettica attraverso la quale saranno coniugati i temi della narrazione con quelli della persona e della cura.

Per rispondere al primo punto, oggi è presente il rischio di una concezione riduzionistica di una cura indirizzata al solo ente malattia, in modo che sia possibile pensare che basti trattare l'ente per curare gli ammalati.

In questo caso il trattamento efficace della malattia rappresenterebbe l'intero della cura: tutto ciò che è necessario fare.

Inoltre, la cura può essere coniugata in senso paternalistico come ciò che il medico ritiene giusto in scienza e coscienza che il paziente faccia. In questo caso la cura è orientata alla concezione del bene e dell'appropriatezza scientifica che possiede il sanitario senza che l'ammalato possa entrare nel soliloquio diagnostico, terapeutico ed etico attraverso il quale il medico prescrive e cura.

O ancora, la cura può rimanere impigliata nelle secche contrattualistiche qualora si presentasse sotto la forma del ventaglio di possibilità terapeutiche offerte al consenso informato del paziente, che certamente eserciterebbe un ruolo decisionale, ma senza entrare in una autentica relazione di cura.

Infine la cura può essere deformata da un atteggiamento difensivo che inserisce, nel processo diagnostico e terapeutico, elementi orientati più alla tutela del medico che all'interesse del paziente.

Per evitare il riduzionismo della cura, allora è necessario riconoscere il primato della persona alla quale la cura nella sua interezza va orientata.

Questa attività di orientamento costituisce una prassi comunicativa, dando forza ontologica al rapporto interpersonale e alle narrazioni che ne conseguono, inserendole nel

3 MARINELLI, *La Medicina Narrativa, pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona*, in «Medicina e Morale», 70, n.1, 2021, pp. 55-71.

cuore della Medicina stessa che, in questo senso e per questa via, potrà dirsi basata sulla narrazione.

Infatti, una volta stabilito il primato della persona, sarà impossibile lasciarla a bocca asciutta come in un rapporto paternalistico o limitarsi ad offrire prestazioni, ma sarà inclusa nel processo decisionale, secondo la via comunicativa che ha come fine la concordanza del piano di cura.

La concordanza come fine da ricercare diviene, allora, un elemento decisivo nel rapporto interpersonale tra professionista della salute e paziente e si costruisce su un terreno comune dato dall'incontro della prospettiva medica con quella di chi vive la malattia.

In partenza le prospettive dell'altro possono essere confuse: il professionista conosce il trattamento scientificamente più accreditato e vorrebbe che lo si adottasse, mentre il paziente può avere idee e interpretazioni errate. Attraverso la ricerca della concordanza, il medico e il paziente, comprendendo la prospettiva di ognuno, possono accordarsi per una soluzione che, magari, è diversa dall'originario punto di partenza di entrambi, ma che risulta la migliore possibile in quella situazione.

2. *L'identità personale*

Se il compito terapeutico quotidiano si orienta verso la persona e la concordanza è un fine da raggiungere in vista della cura, diviene indispensabile comprendere la situazione e la prospettiva dei protagonisti della comunicazione interpersonale.

Mettere nel circolo del concordare situazioni e prospettive, non relegando questi termini entro il recinto di diagnosi e prognosi dell'ente malattia, significa aver a che fare con la domanda Chi?, Chi è colui che di fronte a me chiede un aiuto professionale?

E qui che si innesta la riflessione di Paul Ricœur nella quale la narrazione giunge a soccorso del problema dell'identità personale che, come vedremo, risolve le antinomie quando l'identità è compresa nel senso di un medesimo (*idem*) e di un sé stesso (*ipse*).

Ecco che il medico, abituato ad avere a che fare con la invariabilità genetica e sostanziale dell'identità personale (*idem*), dovrà imparare ad orientarsi verso un altro che è anche un sé (*ipse*).

Il richiamo a un sé stesso rende ragione del fatto che in Medicina la domanda 'Chi?', in primo luogo, interessa il paziente stesso che, nelle situazioni più impegnative dove il carico della sofferenza e le limitazioni imposte dalla malattie sono maggiormente pesanti, si chiede 'Chi sono io?'

L'agire e il patire umano alle prese con la malattia, con la sofferenza e, talvolta, con il rischio della morte investono il soggetto in un modo particolare che sollecita la riflessione. Di fronte al medico è situato un sé che, colpito da un mal-essere, lo vive come evento e, necessariamente, si interroga sui significati e sugli esiti che può avere, sino a soffermarsi sulla propria identità messa alla prova dallo stesso patire.

È ancora Ricœur a mettere a fuoco nella sua ermeneutica del sé i poli dell'agire e del soffrire. L'agire mette in campo la dimensione del corpo, dell'iniziativa, della relazione

sociale, dell'impegno dell'uomo nel mondo; laddove il soffrire mette in campo il tema dell'esistenza e dei dilemmi morali e di senso⁴.

Questo processo si articola solo narrativamente: l'incontro del sé del paziente con se stesso alle prese con il soffrire e con l'altro che promette di averne cura.

Si tratta di un dialogo, che dovrà attivarsi con un mutuo riconoscimento nella dialettica dello spiegare e del comprendere come si vedrà successivamente⁵.

Attraverso le modalità narrative, il sé e l'altro contribuiranno a rispondere alla stessa domanda 'Chi sono io?' che interpella tanto la persona ammalata, quanto il professionista della salute.

La via lunga della narrazione espone e coinvolge tanto il professionista quanto il paziente in un'attività riflessiva che fa sì che, sotto il segno della storia di cura, restituita al tempo dell'agire e del patire, analogamente alla *mimesis* III⁶ di Paul Ricœur, si attui una sorta di rfigurazione della propria identità che ha bisogno costitutivamente dell'altro.

Da qui l'idea, per ora solo sussurrata, del legame dialettico tra l'altro e chi si è, per cui l'alterità non si aggiunge dal di fuori all'identità personale (l'ipseità ricoueriana), ma che essa appartenga al tenore di senso e alla costituzione ontologica dell'ipseità stessa⁷.

In altre parole, il paziente non è mai un estraneo, ma, al contrario, la sua presenza entra costitutivamente nel cuore della nostra identità⁸. Il versante etico di tale dialettica fa sì che l'interesse umano possa assumere la forma della sollecitudine alla base di ogni etica medica⁹ che condurrà la Medicina Narrativa verso il porto dell'etica della cura, dove il mantenimento della relazione con l'altro assumerà un ruolo fondamentale.

In Medicina, quindi, più che in altri campi della vita umana si ha a che fare con persone che riflettono e pongono in gioco la loro identità.

Ma chi è il sé che incontriamo nella visita medica e con il quale costruiamo la storia di cura?

Il concetto di identità è complesso, multidisciplinare, intrecciato indissolubilmente con quello di soggetto, espresso in tutte le variazioni dei temi sostanzialisti e non sostanzialisti, come è magistralmente rappresentato nel testo *l'identità in questione*¹⁰ di Vinicio Busacchi e Giuseppe Martini al quale si rimanda; tuttavia si rimarca come nel rapporto tra professionista e paziente sia in gioco un particolare momento della vita e del senso complessivo dell'essere umano.

Il medico incontra il patire e con la sofferenza anche la forza inespugnabile della soggettività, come ci indica Ricœur quando afferma che la sofferenza è alla ricerca di un

4 V. BUSACCHI, G. MARTINI, *L'identità in questione saggio di psicoanalisi ed ermeneutica*, Jaca Book, Milano 2020, p. 132.

5 MARINELLI, *Medicina tra scienza e narrazione*, in L. ALICI, P. NICOLINI, *L'umano e le sue potenzialità tra cura e narrazione*, Aracne, Roma 2020, pp.125-145.

6 P. RICŒUR, *Tempo e Racconto I*, Jaca Book, Milano 1986, pp. 117-139.

7 ID., *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 2011, p. 431.

8 MARINELLI, *La Medicina Narrativa, pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona*, cit., pp. 66.

9 RICŒUR, *Il Giusto*, Effatà Editrice, Cantalupa Torino 2007, p.77.

10 BUSACCHI, MARTINI, *L'identità in questione saggio di psicoanalisi ed ermeneutica*, cit.

senso: la sofferenza implica un perché. Questo legame tra la sofferenza e le ragioni della sofferenza è la forza ultima del soggetto¹¹.

Ecco che, attraverso il patire e l'agire che ne consegue, si delinea un'identità personale con la quale il medico ha a che fare attraverso una relazione di cura. Si ritiene che tale identità non possa che dirsi narrativa.

Il narrativo, soprattutto se coniugato nei registri di Ricœur, è lontano dall'idea di un soggetto rigido e imm modificabile nel geloso possesso di se stesso, ma ci presenta un sé mobile e duttile che deve mettersi in questione, si apre alla cura dell'altro, non rinuncia a ricercare una possibile sensatezza della storia fra l'attesa del futuro, la ricezione del passato e l'esperienza viva del presente¹².

Si tratta, quindi, di un essere, situato nel mondo, che fa esperienza di un mal-essere. Tale esperienza è mediata tanto dal linguaggio figurato dei simboli e del *mythos*, depositati nella sua memoria e nel suo immaginario, quanto dal linguaggio del *logos*, per cui la riflessione razionale e la figurazione immaginativa mediata dai simboli contribuiscono in un intreccio personale del qualcosa che si fa linguaggio e discorso e che il paziente attesta prima a se stesso, in un modo opaco e insicuro, e poi presenta al medico.

Si tratta di un uomo, quindi, che pur riconoscendo l'asimmetria del rapporto con il medico e la necessità di identificare scientificamente il malessere, non rinuncia alla sua capacità di dire, raccontare, raccontarsi e, quindi, agire secondo la fenomenologia dell'uomo capace indicata da Ricœur¹³.

È questo sé che, partendo già da una storia di vita, elabora narrativamente idee e rappresentazioni di ciò che gli sta capitando, sviluppa desideri e aspettative, percepisce emozioni; insomma costituisce una trama che è ancora una bozza perché potrà essere ri-configurata tramite il racconto con l'altro, rappresentato dal professionista della salute.

Il sé nel momento in cui, colpito dalla malattia, riflette su se stesso non solo può interrogarsi sulla sua identità, ma necessita dell'altro, del professionista, per riconfigurare la propria storia, spiegare e comprendere. Per questo motivo lo spiegare del medico non ha che fare solo con la traduzione più semplice possibile del linguaggio tecnico in quello ordinario, ma con il compito più profondo di far maturare la bozza della trama in una storia dotata di senso.

Per tali motivi si ritiene che attraverso la Medicina Narrativa, il carattere riflessivo del sé possa essere opportunamente valutato sotto la cifra del riconoscimento e illuminato dalla proposta di filosofia riflessiva ricœuriana.

Con il riconoscimento reciproco la questione dell'identità raggiungerà una sorta di punto culminante; e infatti proprio la nostra identità più autentica, quella che ci fa essere ciò che siamo, a chiedere di essere riconosciuta¹⁴.

Per l'uomo che agisce e soffre, prima di arrivare sino al riconoscimento di ciò che

11 RICŒUR, *Psicoanalisi e interpretazione. Un ritorno critico. Conversazione con Paul Ricœur* in D. Jervolino, G. Martini (a cura di), *Paul Ricœur e la psicoanalisi. Testi scelti*, FrancoAngeli, Milano 2007.

12 D. JERVOLINO, *Il cogito e l'ermeneutica la questione del soggetto in Ricœur*, Marietti, Bologna 1993, p. 162.

13 RICŒUR, *Percorsi del riconoscimento*, Raffaello Cortina, Milano 2005, pp. 107-126.

14 *Ivi*, p. 26.

egli è in verità, ossia un uomo capace di certe realizzazioni, il cammino è lungo. Inoltre, questo riconoscimento di sé richiede, a ogni tappa, l'aiuto di altri, in mancanza di quel mutuo riconoscimento, pienamente reciproco che fa di ciascuno dei partner un essere-riconosciuto¹⁵.

Orientarsi verso la persona significa, quindi, operare una vera rivoluzione nella quale l'attenzione non si rivolge solamente all'ente malattia che ha colpito il paziente, ma alla persona stessa che intende far valere e far ascoltare la sua voce e con la quale si intende intraprendere una storia di cura¹⁶.

In questo tipo di rapporto, l'asimmetria costitutiva nella relazione non perde consistenza, ma l'esigenza della ricerca di forme di reciprocità assume un ruolo determinante anche nella formazione stessa dei professionisti della salute, alla quale la Medicina Narrativa è chiamata a dare un contributo decisivo.

3. *Identità narrativa*

In che senso e per quale via la Medicina Narrativa incontra il concetto di identità narrativa e come questo può rappresentare un ulteriore appiglio epistemologico nella sua costruzione?

La cifra che ci permette di affrontare e di tentare di rispondere a tale questione è quella della natura temporale dell'esperienza umana.

L'identità narrativa coinvolge sia il medico, sia il paziente perché entrambi sono immersi in un tempo che per potersi dire richiede la mediazione del discorso indiretto della narrazione.

Anche in questo caso prenderemo le mosse dal lavoro di Paul Ricœur che ne tempo e racconto fa germogliare il concetto dell'identità narrativa dal fertile incrocio tra storia e finzione, sottolineando come tuttavia la questione dell'incrociarsi fra storia e finzione avesse deviato, in qualche modo, l'attenzione dalle difficoltà connesse alla questione dell'identità in quanto tale e, quindi, in Sé come un altro, dedica alla pianta ormai cresciuta il quinto studio denominato l'identità personale e l'identità narrativa¹⁷ e completa l'indagine del sé nel sesto studio: il sé e l'identità narrativa¹⁸.

La concezione di identità narrativa rende ragione di un elemento fondamentale nella Medicina Narrativa e cioè dell'importanza che essa dà non solo ai racconti dei pazienti, ma alla loro storia e alle storie di cura.

Ascoltare e saper seguire una storia è importante perché ci permette di ascoltare e di seguire un'identità: colui che si presenta chiedendo aiuto.

Infatti, seguendo Ricœur, dire l'identità di un individuo vuol dire rispondere alla domanda: Chi fa? Chi patisce?

15 *Ivi*, p. 85.

16 MARINELLI, *Reciprocità asimmetrica ed etica della cura*, in «Servitium», 246, novembre dicembre 2019, pp. 77-80.

17 RICŒUR, *Sé come un altro*, cit., pp. 201-230.

18 *Ivi*, pp. 231-262.

Tuttavia quando si risponde evocando l'autore che agisce e patisce con il nome proprio, Qual è il supporto della permanenza del nome proprio?

La risposta non può essere che narrativa. Rispondere alla domanda Chi?, vuol dire raccontare la storia di una vita. La storia raccontata dice il chi dell'azione e del patimento. L'identità del chi è a sua volta una identità narrativa¹⁹.

Ciò impone al medico che intende orientare la cura verso il chi ascoltarne la storia per ricercare i connotati della sua identità.

Se un discorso può essere definito, nei suoi tratti essenziali, come l'intenzione di dire qualcosa su qualcosa a qualcuno²⁰, dove dire qualcosa è il senso; su qualcosa è la referenza extralinguistica; a qualcuno è il destinatario di un tale dire, diviene più chiaro come il qualcosa che il paziente intende raccontare al medico su qualcosa che gli accade abbia una valenza che straborda il semplice resoconto di fatti da cui il professionista filtra i segni e i sintomi per poter diagnosticare l'ente malattia.

In quel qualcosa che è accaduto e che tenta di rivelare al medico, è in ballo l'identità narrativa di chi parla.

Inoltre, ora diventa evidente la portata riduzionistica di chi ritenga che sia sufficiente un'anamnesi accurata per concludere la comunicazione con il paziente.

Se il racconto del paziente si dipana nel versante temporale dell'esperienza umana, non potrà che avere un registro storico, modellato dagli eventi e non può assumere il timbro di una mera cronologia di fatti che, in se stessi, sono certamente oggettivi, ma non rivelano nulla della persona dalla quale sono stati sottratti.

Per cui febbre tra 3 giorni o tosse da 10 sono tutti elementi cronologici utili ai fini diagnostici, ma estranei alla dimensione soggettiva del tempo nel quale avvengono gli eventi.

La dimensione temporale della cura, infatti, è rappresentata dalla storia che si dipana lungo l'andamento della malattia che rappresenta la linea temporale di riferimento sulla quale si intrecciano i racconti dei protagonisti: il vissuto del paziente e l'agenda del medico.

L'andamento della malattia, la linea temporale della storia di cura, di per sé, non ha nulla raccontare, ma è l'oggetto del racconto di tutti coloro che partecipano alla storia stessa.

Inoltre, la relazione tra identità narrativa ed eventi rende ragione di un'altra caratteristica che la Medicina Narrativa assume quando tiene in considerazione ai fini della cura l'identità personale.

In molti casi l'identità personale è messa in pericolo dal patire e dall'evento della malattia. Si realizza così, nella storia della persona, quella discordanza che rompe l'esigenza di concordanza dell'identità e che pone, secondo Ricœur, l'identità sul piano di costruzione dell'intreccio di una storia esposta ad una contingenza, che mette in scacco le aspettative create dal corso anteriore degli eventi.²¹

19 Id., *Tempo e Racconto 3. Il tempo raccontato*, Jaca Book, Milano 1988, p. 375.

20 Id., *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano 1972, p. 98.

21 Id., *Sé come un altro*, cit., p. 232.

L'*ictus*, l'infarto del miocardio, l'annuncio di una patologia oncologica grave sono tutti eventi che radicalizzano la vita del soggetto in un prima e in un dopo, producendo un *vulnus* puntuale dell'esistenza che può trasformarsi in frattura identitaria.

Per il paziente l'evento però non è solo pura contingenza e cioè un fatto che sarebbe potuto accadere diversamente o magari non accadere affatto, ma diviene parte integrante della storia stessa che è quella storia e non un'altra, proprio perché l'evento è accaduto.

Tuttavia l'evento diviene parte integrante della storia solo quando viene compreso, una volta che sia stato trasfigurato da un atto configurante che ne dona il senso e lo rende, in qualche modo, necessario²².

L'atto configurante, mediando fra concordanza e discordanza, costruisce un intreccio possibile: una sintesi dell'eterogeneo che si snoda nell'unità temporale della storia del soggetto.

Da questa lezione di Ricœur si apprende come esista un concetto di identità dinamica del tutto originale che associa al suo interno concordanza e discordanza e, soprattutto, come il medico sia coinvolto in prima persona nell'operazione narrativa configurante che imprime senso ad una contingenza altrimenti incomprensibile e permette al paziente di mantenersi sul piano della propria identità.

4. *Spiegare di più per comprendere meglio*

Il titolo che riprende il noto motto ricœuriano rende ragione dell'ultimo aspetto del saggio che intende indicare come nell'arco ermeneutico sotteso tra spiegazione e comprensione possa svolgersi, nella pratica quotidiana, un rapporto orientato verso la persona.

Infatti se il patire ha il potere di mettere in discussione la propria identità narrativa o integrarsi attraverso la mediazione tra concordanza e discordanza, la relazione di cura, nella quale si compie la lotta contro l'ente malattia e dove la sofferenza è esposta, diviene il luogo dove le opportunità terapeutiche e la ricerca di senso possono assestarsi nel terreno della spiegazione e della comprensione di ciò che sta accadendo.

In senso generalissimo, e con tutte le cautele del caso, il termine spiegazione qui disegna la tesi della continuità epistemologica tra scienze della natura e le scienze dell'uomo, mentre il termine comprensione annuncia la rivendicazione di una irriducibilità della specificità delle scienze dell'uomo.

Comprensione e spiegazione, per Ricœur, non possono contrapporsi escludendosi a vicenda, perché rappresentano due tendenze fondamentali che l'uomo esprime nel processo di conoscenza della realtà e di appropriazione dell'universo simbolico e culturale²³.

La comprensione, testimonia di una appartenenza del nostro essere al mondo, nell'universo simbolico e culturale che precede qualsiasi opposizione di un soggetto ad un

22 *Ivi*, p. 234.

23 F. TUROLDO, *Lo stile ermeneutico di Paul Ricœur: spiegare di più per comprendere meglio*, in «Critical Hermeneutics», 1, 2017, p. 286.

oggetto; dall'altro lato la spiegazione rende conto del movimento di distanziamento, attraverso il quale questa relazione di appartenenza cede il passo al processo di oggettivazione proprio delle scienze²⁴.

È nella relazione di cura che si attuano quella distanziamento e quella prossimità che permettono tanto la riflessività quanto l'interpretazione.

È nella dimensione temporale della relazione di cura che si costituisce un rapporto tra curatore e malato, sotto il segno del mutuo riconoscimento e di una reciprocità, resi possibili proprio dalla ricomposizione di spiegazione e comprensione. È nella relazione di cura, infine, che il racconto si fonde con l'azione con una ricaduta sul mondo e una possibile riorganizzazione dell'essere al mondo.

Nella relazione di cura il professionista della salute possiede una duplice funzione: da una parte fa parte dell'uditorio che ascolta il raccontare del paziente e, in questo senso, è colui che deve seguire la storia, dall'altra è dentro la storia come un personaggio che riveste un ruolo e che farà parte del raccontare stesso.

È in tale storia che le esigenze di spiegazione e di comprensione di entrambi (medico e paziente) configurano un arco ermeneutico, che va dalla comprensione alla spiegazione, per tornare e giungere ad un livello maggiore di comprensione.

La singola visita medica non è solo un segmento di tale arco, ma rappresenta il luogo ove, in forma dialogica, si realizza il primo momento dialettico tra spiegare e comprendere che caratterizzerà poi la continuazione della storia stessa nella dimensione temporale della relazione di cura. A livello comunicativo la dialettica tra spiegazione e comprensione, infatti, si sviluppa nella dimensione dialogica del rapporto faccia a faccia e del domandare e rispondere.

Per il paziente la comprensione narrativa riposa nei significati dell'evento malattia, declinato nel proprio mondo abituale. Per il medico comprendere non significa conoscere la vita psicologica dell'altro²⁵ che ci è di fronte, ma il senso complessivo della storia di cura nell'ambito della relazione e la prospettiva del paziente nell'ambito della comunicazione, per poter orientare la cura alla vista di tale prospettiva.

L'impegno a quel lavoro di decifrazione dei segni, che conducono alla determinazione di un ente malattia e ai passaggi logici inferenziali che ne derivano, porta il medico sul versante della spiegazione, tuttavia, per realizzare la relazione di cura, egli necessita, prima ancora di ricercare l'ente malattia, di avvalersi della comprensione.

Geneticamente, l'atto della comprensione del medico è prima della spiegazione in quanto risiede nella motivazione che apre la via ad ogni possibile spiegazione e che ha a che fare con ciò che si è denominato in altri luoghi *ethos umanitario*²⁶: quella postura etica dell'aver cura di colui che soffre che rappresenta, assieme alla conoscenza scientifica e all'abilità tecnica, il fondamento dell'attività di ogni medico²⁷.

La motivazione che impegna a ricercare quell'ente malattia, fin nei suoi aspetti più

24 *Ibid.*

25 RICGEUR, *Dal testo all'azione*, Jaca Book, Milano 2016, p. 161.

26 MARINELLI, *Trattare le malattie, curare le persone*, FrancoAngeli, Milano 2015.

27 K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1991, p. 2.

nascosti e a rivelarne le particolari caratteristiche non risiede nell'ente malattia stesso, ma nella persona che mi sta di fronte e alla quale farò una promessa di cura.

Si tratta di inserire il segmento della spiegazione nel movimento più ampio e antico di ogni medico, che risponde alla richiesta di aiuto. Egli non lo fa primariamente per l'amore per la scienza, ma per una sollecitudine verso chi soffre che ha motivato la sua scelta professionale. È con la persona e non con l'ente malattia che il medico intreccia una relazione di cura²⁸.

In secondo luogo, la comprensione è prima della spiegazione perché solo attraverso una precomprensione delle intenzioni che hanno portato il paziente alla visita (agenda) è possibile instaurare una reale comunicazione e una terapia efficace.

Il paziente non si presenta alla visita come un corpo offerto passivamente alla decifrazione diagnostica dell'ente malattia, ma è un corpo vivente in un contesto particolare che lo indirizza verso idee ed interpretazioni su ciò che sta accadendogli, con aspettative, desideri ed emozioni.

Dal punto di vista temporale, la comprensione di tale agenda è un compito che precede ogni spiegazione, in quanto capire le ragioni della visita del paziente è l'esigenza preliminare insostituibile per aprire una concreta comunicazione, prima ancora di ricercare informazioni sull'ente malattia.

Nella comunicazione, poi, l'intreccio tra spiegazione e comprensione assume la forma più immediata del dialogo, in cui il gioco delle domande e delle risposte permette di verificarne l'interpretazione nel corso del suo svolgimento. Nella semplice situazione di dialogo, spiegare e comprendere all'incirca si sovrappongono. Quando io non comprendo spontaneamente, chiedo una spiegazione; la spiegazione che mi è data permette di comprendere meglio. Quella spiegazione non è che una comprensione sviluppata da domanda risposta²⁹.

Infine si potrebbe pensare ad una spiegazione senza bisogno di alcuna comprensione, non necessitando la cura della presenza del soggetto se non nella forma passiva del corpo oggetto.

Il medico, infatti, osserva gli esami del sangue di un soggetto, le immagini di un corpo che derivano da tomografie computerizzate o da risonanze magnetiche, i risultati dei medesimi esami ripetuti dopo il trattamento della malattia e, in base a quelli e ai protocolli scientifici che regolano situazioni simili propone il da farsi.

La prescrizione, quindi, sarebbe possibile senza la fatica della comprensione.

Il significato del risultato, tuttavia, riguarda in sé solo l'ente malattia ed è interamente compreso nella dimensione di normale e patologico, nella curva gaussiana delle medie, nelle probabilità che abitano una tale dimensione, nei dati che cadono, non accadono in determinati range di valore³⁰.

Il permanere della spiegazione nello spessore del patologico, impedisce l'aggancio di quest'ultimo alla condizione umana di fragilità e di vulnerabilità e alla visione della ma-

28 MARINELLI, *Medicina tra scienza e narrazione*, cit., pp. 125-145.

29 RICCEUR, *Dal testo all'azione*, cit., p. 159.

30 MARINELLI, *Medicina tra scienza e narrazione*, cit., p. 143.

lattia come un'altra maniera di essere-nel-mondo³¹ piuttosto che come un'entità fissata per sempre nella negatività della patologia³².

Ecco la necessità della restituzione della spiegazione nel mondo abituale della persona e dei suoi valori che può avvenire solo nel momento della comprensione, durante la comunicazione che si attua nella relazione di cura. D'altra parte, la comprensione stessa ha bisogno della spiegazione in vari modi.

Il medico è un tecnico della spiegazione: essa rappresenta una parte fondamentale del suo lavoro. La spiegazione è necessaria, in quanto la ricerca, sempre più approfondita dei codici e dei connotati dell'ente malattia, è indispensabile per indicare le possibili direzioni terapeutiche della storia di cura. Inoltre la spiegazione non si svolge solo nella neutralità scientifica della conoscenza, ma indirizza e apre la via verso la cura. Senza di essa l'atto di cura sarebbe cieco, non vedendo dove andare. In questo senso la spiegazione abbandona lo statuto teorico scientifico, per entrare nel campo pratico dell'azione terapeutica. Ogni spiegazione del medico prelude a un fare della Medicina che sarà determinato proprio dalla spiegazione stessa, che contiene in sé sia i dati scientifici che il razionale per le ulteriori mosse terapeutiche.

Anche in questa via della prassi, tuttavia, la spiegazione dovrà innestarsi sull'*ethos* umanitario del medico, indicando le possibili vie di un aver cura efficace che saranno presentate e dibattute nel divenire della mutua comprensione che deriva dalla relazione di cura.

Inoltre, la spiegazione si inserisce nella comprensione dell'agenda del paziente, in forma dialogica, nel gioco delle domande e delle risposte che hanno lo scopo di allineare curatore e malato, in senso teleologico, nel terreno della concordanza e della reciprocità, verso il bene comune della cura.

Anche per il paziente non è possibile comprensione senza spiegazione, in quanto, il livello di conoscenza all'inizio della relazione di cura, è insufficiente, in rapporto all'opacità della malattia, di cui percepisce il vissuto e immagina le minacce, senza intendere né il significato, né le opzioni terapeutiche³³.

Per il paziente la spiegazione, innestandosi nel suo mondo, ne produce un adeguamento in una dinamica dove risuona la verità del detto ricœuriano: spiegare di più per comprendere meglio, formula che diventò in qualche modo la divisa dell'ermeneutica da lui concepita³⁴.

Come per il medico anche per il paziente esiste un momento dialogico dove le agende si intrecciano e dove è difficile separare, nel frutto finale della concordanza, il singolo peso relativo di comprensione e spiegazione.

Ecco allora che, sotto il segno di Ricœur, lungi di essere alternativi o addirittura contraddittori, i modelli di spiegazione e di comprensione sono posti in un arco ermeneutico ove in ambito clinico una più analitica spiegazione biologica permette una maggiore

31 D. PAGLIACCI, *Intorno alla definizione di normale e patologico: il contributo di Paul Ricœur* in L. ALICI (a cura di), *La felicità e il dolore, verso un'etica della cura*, Aracne, Roma 2010, p. 129.

32 MARINELLI, *Medicina tra scienza e narrazione*, cit., p. 143.

33 *Ivi*, pp. 125-45.

34 RICŒUR, *Riflession fatta autobiografia intellettuale*, Jaca Book, Milano 2013, p. 65.

comprensione e in ambito comunicativo il linguaggio tecnico, tutto all'interno della Medicina, dovrà essere restituito al linguaggio del discorso che ha di mira il soggetto³⁵.

Conclusioni

All'inizio si è definita la Medicina Narrativa come una pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona e si è segnalato che, per aver a che fare con la persona e non intrattenersi nel sicuro territorio dell'ente malattia, ci si debba avventurare nella dimensione della prospettiva di chi si ha di fronte, ponendo il mondo abituale del paziente e l'ordine di senso che in lui si costituisce all'interno della relazione di cura.

Nel corso del saggio si è tentato di mostrare, quindi, la necessità di un dialogo costituito allo stesso tempo di distanza (intrattenersi nell'ente, esperienza personale del patire) e di prossimità, in un percorso reciproco di avvicinamento intessuto nel tempo da un linguaggio comune, alla ricerca di una concordanza in vista della cura.

Si ritiene che sotto la cifra dell'identità narrativa, che mostra la dinamicità dell'identità personale, l'intreccio tra i racconti e la riconfigurazione del sé, sia possibile indicare delle modalità di relazione intersoggettiva nelle quali la narrazione è in grado di orientare la cura verso la persona. Attraverso la narrazione è possibile manifestare il senso di quel qualcosa che la persona, che è stata messa tra parentesi dall'apparato diagnostico, vorrebbe dire al medico e che rimane nascosto rispetto al discorso sull'ente.

Rimuovendo questa sorta di *epochè*, il processo diagnostico e terapeutico incentrato sull'ente è ricompreso nella dialettica tra spiegazione e comprensione, nel territorio antropologico della ricerca di una concordanza sul piano di cura.

35 MARINELLI, *Medicina Narrativa, Comunicazione ed Etica della Cura*, in M. MARINELLI (a cura di), *Persone che curano*, Aracne Editore, Roma 2017, p. 164.

