

INTRODUZIONE

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NELLA POSTMODERNITÀ

Questo non è un testo di psicologia perché non verranno presi in considerazione esclusivamente gli aspetti emotivi della relazione tra medico e paziente. Non è nemmeno un testo sull'umanizzazione perché la medicina o è umana o non è medicina. Non è, infine, un testo di sociologia, perché della straordinaria *societas* che medico e paziente costituiscono con il proprio incontro interessano qui le dinamiche interne piuttosto che il suo inserirsi nel sistema complesso delle strutture sociali.

Perché scrivere un testo sul rapporto medico-paziente quando tutto evolve così velocemente che il libro rischia di diventare vecchio prima di essere pubblicato?

Perché scriverlo – cercando di evitare la retorica – quando la speranza di superare il tempo difficile di oggi sembra offuscata dagli eventi di ogni giorno? Forse perché ogni medico sente dentro di sé la spinta verso il dialogo con il paziente e vorrebbe parlarne, anche quando le circostanze sembrano inibire la libera espressione del singolo. Troppa retorica, troppa protesta senza risultati, troppa insoddisfazione accompagnano la vita del medico del nostro tempo perché il rapporto con il paziente possa essere vissuto serenamente, ogni giorno costruito con sensibilità, ma anche con determinazione. Però, nonostante tutto, prevale la coscienza del fatto che la relazione con chi soffre è irrinunciabile.

In altre pagine di questo libro verranno discusse le motivazioni storiche, quelle filosofiche, professionali e personali che inducono il medico a parlare con il paziente e a porlo al centro di una realtà dialogica. Alla fine vince un misto indistricabile di motivazioni; così come al momento della scelta della professione – pur se in modo più romantico e indefinito – ciascuno di noi aveva dentro di sé la scelta dell'attenzione al dolore, alla sofferenza, altrettanto oggi non vi

sono circostanze della vita che possano allontanarci da una strada difficile e rischiosa, ma che è la nostra, sia che siamo medici da 50 o da 5 anni. Anche nella postmodernità la relazione resta un momento centrale; quando tutto si muove, il rapporto tra chi soffre e chi dona lenimento è un punto fermo irrinunciabile.

Il rapporto di ciascuno con il proprio medico è un'esperienza con alterne vicende e risultati diversi: per alcuni negativi, per altri soddisfacenti, per altri ancora determinanti per la cura.

Attorno a questo tema negli ultimi anni si sono letti molti contributi, con diverse tonalità. È un argomento da sempre importante per la salute, che recentemente ha visto aumentare la propria rilevanza grazie al contributo di autori che ne hanno scritto con partecipazione e rigore.

La cultura medica contemporanea ha ridato importanza e dignità ad atteggiamenti che nella medicina prescientifica avevano grande rilievo, perché costituivano la sola struttura dell'atto di cura. La figura del medico saggio, paziente e generoso donava assistenza qualificata, pur nella povertà di mezzi terapeutici in senso tecnico. Poi è venuto il tempo dell'eclissi, nel quale la medicina fondata sulla scienza sembrava aver tolto importanza al rapporto diretto, che si riduceva ad un semplice momento di trasmissione del sapere scientifico e delle sue ricadute pratiche. Dopo questo periodo, una certa crisi delle conoscenze e la constatazione che in molti ambiti della clinica i risultati erano deludenti hanno indotto un'ulteriore enfasi sugli aspetti scientifici, in particolare sul concetto di medicina basata sulle prove di evidenza. È interessante, a questo proposito, analizzare alcuni esempi, tra i quali il fatto che negli ultimi anni vi è stato negli Stati Uniti un declino del numero delle psicoterapie a favore della prescrizione di psicofarmaci [Mojtabai e Olfson, 2008]. Qualsiasi siano le motivazioni addotte per questo fenomeno (educative, economiche, commerciali, ecc.), resta il dato sull'aumento di forme di cura che non richiedono un rapporto dialogico medico-paziente (ovviamente in ambito psichiatrico la problematica è ancora più viva rispetto alla clinica in generale).

Non è chiaro quale sarà l'evoluzione del fenomeno; però si deve considerare che tutto quello che richiede tempo, investimento umano e psicologico, oltre che economico, sembra essere in discussione. Fino a quando? Banalmente si potrebbe cercare una spiegazione nelle circolarità della storia, ma – di fatto – fino a quando dovremo assistere nella nostra società all'impovertimento delle relazioni umane – siano esse o meno di carattere terapeutico – con le relative conseguenze?

Oggi si iniziano a intravedere alcune controtendenze; il nostro tempo, che sembrava caratterizzato dal più grande successo della medicina tecnologica, poco attenta agli aspetti della relazione umana, vede invece un momento di passaggio, cioè alcuni tentativi di ritorno ad una certa armonia tra la medicina scientifica e quella della relazione. Armonia fondata sulla compresenza di modalità diverse per raggiungere lo stesso obiettivo, in una logica di rispetto, nella quale i conflitti sono parzialmente sopiti. I motivi della ricerca dell'armonia sono molti; alcuni verranno discussi nel volume.

In tempi del tutto diversi dai nostri Marcel Proust diceva: “una gran parte dei medici sanno perché è stato loro insegnato dai malati”. Forse questo aforisma è ancor più vero di allora, quando la scienza era scarsamente sviluppata, perché oggi ogni progresso delle conoscenze scientifiche viene mediato dalla capacità del medico di invereare nel paziente le conoscenze stesse e di misurarne l'impatto tramite una relazione significativa. Si instaura così un rapporto di reciproco vantaggio, su un piano di parità, nel quale non vi è un soggetto pensante ed un oggetto passivo: la medicina è l'unica scienza nella quale gli attori sono due, volti assieme alla ricerca del significato della salute, della malattia e della cura. Molto prima di Proust, sulla stessa falsariga, Paracelso scriveva che il paziente è il vero medico, noi siamo solo i suoi aiutanti. Il medico agisce come consulente esterno, che deve aggiungere alle conoscenze tecniche quelle per renderle operative in un contesto non sempre agevolmente controllabile (il corpo e la mente di ogni singolo paziente), in un ambiente complesso e variegato (le dinamiche sono spesso fortemente differenziate dalla vita stessa).

Oggi siamo a questo punto. Però, per fare ancora un passo avanti occorre dedicare costantemente attenzione alla tematica, per evitare che nel futuro eventi di varia origine facciano regredire il consenso raggiunto attorno alla dignità del rapporto tra il medico ed il suo paziente. Solo la ricerca di un fondamento teorico e di esperienze pratiche significative potrà facilitare il difficile compito di inserire le dinamiche interpersonali all'interno della nuova costruzione complessa che caratterizza l'atto di cura. La postmodernità è soprattutto questo: accettare che il rapporto tra mezzi e risultati sia arricchito da eventi diversi, apparentemente non connessi con il risultato atteso. La semplificazione non attiene all'oggi e chiunque voglia irrigidire l'atto della cura all'interno di procedure inflessibili, che dovrebbero portare a risultati apparentemente sicuri, non rispetta la realtà del nostro tempo; la medicina – la più umana delle attività – non può certo sottrarsi alle dinamiche della postmodernità.

D'altra parte, in vari settori serpeggia sempre più netta la sensazione di una sfiducia crescente dei pazienti verso i propri medici; si scrivono libri per discutere “quello che i medici non vi diranno mai”; siti internet e blog forniscono inviti perché i cittadini si rendano autonomi, talvolta con forti recriminazioni. Sono segnali che non possono essere trascurati, perchè indicano un disagio, l'opposto di una condizione serena di autonomia psicologica e pratica. Nelle crisi compare l'aggressività, l'astio, l'accusa di interessi economici: non è una separazione consensuale quella che sempre più spesso serpeggia tra medici e pazienti, ma la conseguenza di un amore finito, di una fiducia tradita... È quindi tempo di dedicare attenzione a queste vicende da parte di chiunque si preoccupi del futuro della nostra condizione umana, così strettamente legata ai momenti della sofferenza, della malattia e del loro lenimento.

Le pagine che seguono cercano di identificare le motivazioni che inducono ad un intenso rapporto medico-paziente e, allo stesso tempo, si propongono di dimostrare come atti di cura di una certa intensità umana portino a miglioramenti dello stato di salute della persona ammalata. Si potrebbe dire che nessuno è intimamente così forte da non aver biso-

gno di aiuto nel momento della difficoltà indotta da una malattia; talvolta, apparentemente, alcuni sviluppano una tale volontà di controllo sulla realtà, anche quella di malattia, da sembrare insensibili (o addirittura contrari) ad un rapporto di vicinanza con il proprio medico. Anche questi, però, – se adeguatamente accompagnati nelle strade della malattia – alla fine mostreranno di apprezzare l’ascolto, la parola, il senso talvolta inespresso di una comprensione.

Nessuno è insensibile all’altro uomo o donna che lo accompagna e lo aiuta; le modalità per percorrere assieme la strada sembrano ovvie. Invece, per quanto riguarda il medico e la sua capacità di essere vicino al paziente occorre fare ancora dei progressi teorici e pratici. In qualche caso il problema può essere rappresentato da una incapacità naturale al rapporto interumano (la formazione medica dovrebbe controllare a priori queste attitudini), talaltra dagli eventi della vita che hanno indurito il cuore del medico – per vicende personali o legate all’esperienza professionale –, talaltra da una formazione che si è dimenticata di “insegnare” come le dinamiche dei rapporti siano essenziali allo stesso raggiungimento di risultati positivi, talaltra ancora dalla questione tempo. La medicina interpreta la dimensione tempo come parametro fondamentale della clinica, e proprio lo scorrere del tempo viene utilizzato quale giustificazione per la rinuncia all’ascolto: si rinuncia alla relazione per evitare un presunto differimento dei risultati clinici, ma in realtà, così facendo si costruisce un ostacolo alla creazione della clinica stessa. Anche la questione economica viene spesso enfatizzata, ma in questo modo si cade nel tranello della stessa economia (e dei suoi attori), che vorrebbe rappresentare l’unico modello di pensiero, sottoponendo anche la clinica alle proprie regole e quindi togliendole ogni dimensione qualitativa – quella umana – per lasciarle, sotto tutela, solo quella quantitativo-tecnologica.

Nonostante le molte difficoltà, la relazione, e quindi l’uso del linguaggio, dovranno restare al centro del rapporto medico-paziente, anche nell’epoca della tecnologia trionfante. Le modalità logiche di ragionamento del medico dovranno sempre essere integrate dalle acquisizioni che non posso-

no essere inserite in una sequenza binaria; le emozioni, le interpretazioni della propria esperienza e la capacità intuitiva di confrontare un caso con gli altri precedentemente incontrati non rendono il medico infallibile, ma certamente aumentano la probabilità di raggiungere soddisfacenti risultati di cura. D'altra parte, il paziente "ha bisogno" di trasformare in narrazione le condizioni di sofferenza e di malattia che sta vivendo. Se non gli viene concessa questa possibilità il dolore resta compresso nell'animo, con effetti che nel tempo diventano devastanti. L'ascolto è già una cura, la storia narrata permette di porre il dolore all'interno di una vita dalle molte facce, impedendogli di occupare tutti gli spazi dell'esistenza, anche quelli più nascosti che, invece, attraverso le storie restano aperti e vitali. L'impegno a preservare uno spazio per l'ascolto senza la mediazione delle macchine deve essere perseguito con determinazione. Infatti noi ci illudiamo di controllare la tecnologia e solo quando la macchina si ferma ci rendiamo conto del cambiamento radicale che sta avvenendo nel rapporto tra noi, gli altri e l'ambiente. Non è possibile la delega ad una memoria esterna del senso del nostro rapporto con il paziente, ma solo di alcune informazioni tecniche: un equilibrio da ricercare, che rispecchia le difficoltà del vivere di oggi. Infatti se è normale dimenticare il numero telefonico di una persona cara, non è altrettanto normale affidare agli Sms l'espressione degli affetti. Il medico non è diverso dai suoi simili e come tutti vive le crisi della postmodernità. Però – pur nelle circostanze talvolta confuse e nei frequenti tradimenti – ha compreso la centralità del rapporto con il paziente!

La cultura di massa contemporanea non è mediamente preparata ad accettare che nella clinica non vi sia una relazione diretta procedure-risultati; prima del tempo della sofferenza non è quindi facile convincere il cittadino che la realtà delle cure è complessa e talvolta non predicibile. L'obiettivo di un impegno diffuso è fare in modo che il rapporto con il paziente venga vissuto di per se come inizio di una speranza di cura e quindi che le sue varie tappe, anche quando il risultato fosse negativo, abbiano un significato intenso, superando la logica meccanicistica.

Il raggiungimento di un certo risultato, proprio perché non è automatico, richiede anche il rispetto di alcune procedure apparentemente banali. Il medico deve imparare a parlare in modo chiaro e con voce sicura, ad interloquire mostrando interesse, a stimolare nel paziente la voglia di comunicare liberamente, andando alla ricerca di particolari nascosti o dimenticati, mai dimostrando di sapere già “dove la storia andrà a finire”. Il paziente talvolta è imbarazzato, non sa quali argomenti scegliere nel presentare la sua vita, ha paura di essere noioso o ripetitivo. Ovviamente solo un medico intelligente e disposto ad una relazione emotivamente intensa riuscirà a superare queste difficoltà, in modo da raggiungere un sufficiente livello di conoscenza, iniziando così positivamente un rapporto duraturo. Il paziente non è mai troppo banale o troppo superficiale: è se stesso, unico, irripetibile. Anche di fronte ad affermazioni assurde non basta limitarsi all’astensione da pensieri negativi, ma occorre mettersi in ascolto per comprendere il senso della comunicazione, per quanto povera ed apparentemente insignificante possa apparire. Il medico deve porsi anche fisicamente in una posizione che dimostri attenzione, senza impazienza o fretta, trasmettendo con la mimica ed i movimenti delle mani un interesse vivo per quello che viene riferito. Talvolta prova antipatia per il paziente; ciò impedisce un rapporto intenso e riduce la ricerca di risposte adeguate alla difficoltà percepita. È un sentimento umano, che deve indurre il curante alla ricerca onesta di una soluzione, fosse anche la proposta di essere sostituito. All’opposto di un atteggiamento scostante si trova la cortesia, che dovrebbe sempre caratterizzare il rapporto del medico con il suo paziente.

La cortesia è un fenomeno universale e alla portata di tutti, una volta trascorsa l’infanzia. È una capacità umana complessa e sofisticata, ma sorprendentemente facile, una volta che si decide di usarla. Per gli esseri umani la cortesia e la gentilezza sono facili, facili come sorridere [Axia, 2006].

Ma se davvero fosse così facile, perché vi è tanta scortesia intorno a noi? Perché così pochi sorrisi, premure, atten-

zioni, quando la cortesia – soprattutto nelle situazioni più difficili – sembrerebbe giovare sia a chi la esercita sia a chi ne è il destinatario?

Alcuni anni fa concludevo un saggio sulla cura degli anziani [Trabucchi, 2005] con un capitolo intitolato *Libertà della persona ed etica della fedeltà*, che così iniziava:

I due termini libertà del paziente e fedeltà al paziente assumono un significato concreto di fronte alla debolezza di chi si affida al medico: da una parte l'impegno a valorizzare al massimo gli spazi di libertà, già almeno in parte compromessi dalla condizione di malattia, dall'altra la fedeltà alla realtà complessa del paziente, anche quando potrebbe sembrare così impoverita da non meritare un'adesione attenta e accurata.

Questo volume è dedicato appunto alla dialettica libertà-fedeltà, perché i due termini sono inscindibili: il medico è strumento di libertà del paziente attraverso gli atti cura, sempre utili anche nelle situazioni più difficili, ma deve leggere fedelmente l'essere nel mondo di chi a lui si affida, che si traduce in interventi rispettosi, lievi, sempre mirati ad ottenere un risultato, che sia ancora la libertà. L'opera di tutela non può mai incidere sulla libertà; non esiste lo scambio "più sani, meno liberi", anche perché l'anelito di libertà, nelle piccole e nelle grandi cose, non può essere cancellato e se viene conculcato produce esso stesso disagio, con riflessi sullo stato di salute.

Nei nostri giorni assistiamo a ripetuti tentativi da parte di legislatori e regolamentatori di imporre questo o altro comportamento, in nome della tutela di interessi di qualcuno. Sarebbe davvero triste se il medico fosse costretto a diventare una sorta di "poliziotto sanitario", cioè l'esecutore diretto di dictat che provengono da logiche che hanno scarsa vicinanza con i reali bisogni, con i timori e le speranze del cittadino. Il medico deve opporsi a questi atteggiamenti, perché tolgono significato e valore al suo ruolo, che è sempre volto ad accrescere la libertà. Se lo stato si fa medico, costringe il vero medico al ruolo di esecutore senza personalità e senza responsabilità. Questo aspetto delicato

dovrebbe essere tenuto presente quando sembra che l'imposizione di comportamenti possa migliorare la salute pubblica e del singolo; non è mai così e alla fine non si ottengono risultati, togliendo, allo stesso tempo, prestigio al medico.

È stato calcolato che il nostro sistema sanitario è costituito da una filiera “fatta di 35 passaggi che vanno dalla ricerca sul farmaco alla badante che lo somministra. In mezzo c'è di tutto e ognuno prende qualche cosa, dal sindacato degli infermieri all'industria farmaceutica”. Questa realistica considerazione di De Rita [2008] testimonia in modo plastico la posizione di incertezza (e quindi di scarsa libertà) del cittadino ammalato, ma anche il rischio di marginalità per il medico; questi potrebbe diventare – se ne fosse capace – il collante della segmentazione per meglio rispondere ai bisogni della persona. La diffusione dell'automedicazione – ma ancor peggio il ricorso alle pratiche alternative (o magiche) – è invece la dimostrazione di una reazione individuale alla proliferazione incontrollabile di passaggi, che il cittadino ritiene di poter evitare con la personale adozione di comportamenti al di fuori di un sistema organizzato e complesso, al quale non sente di appartenere. Nell'incertezza e nella mancanza di riferimenti la relazione che il medico offre avrebbe un ruolo importante di guida e di accompagnamento. Ma se ciò non avviene non è forse la conseguenza di un disorientamento del quale anche il medico è talvolta vittima?

La medicina nella società contemporanea svolge un ruolo comparabile a quello avuto dalla fisica nel secolo scorso, quando – attraverso le sue scoperte – si è profondamente modificato il modo di pensare e di vivere. Questo ruolo importante, mediato per larga parte dai medici, colloca le scienze cliniche al centro di dinamiche che toccano gli aspetti più profondi della natura stessa; impone quindi di guardare alla singola persona con il rispetto più totale per la sua individualità (rifiutando qualsiasi atteggiamento “collettivistico”), enfatizzando le differenze come valore per il singolo e per la società.

Una medicina che segue questi principi offre un appor-

to importante anche allo stile della vita civile, perché qualsiasi idea generale deve essere applicata al singolo nel rispetto della libertà: il dato clinico biologico, frutto di ricerche e studi approfonditi in un certo paziente, e quello epidemiologico nelle popolazioni, devono essere mediati con la storia dell'individuo ammalato e con le dinamiche sociali che lo circondano. Questa operazione è sempre necessaria; infatti, la medicina ha per struttura la capacità di includere al proprio interno le valenze più umane: non si tratta di aggiunte artificiali, che vengono suggerite per addolcire il contenuto "pesante" della medicina stessa, ma del suo nucleo costitutivo, perché solo così l'atto medico nelle diverse valenze raggiunge un buon livello di efficacia. È un processo logico che taluni non accettano, perché la cultura oggi prevalente favorisce una visione "dolcificata" dell'atto di cura, negando di fatto la strutturalità della relazione con l'atto stesso.

Fedeltà implica anche un impegno morale per raggiungere un livello di conoscenze tecniche adeguato a costruire un ponte sempre nuovo tra le conquiste della scienza e il bisogno del singolo paziente. Nel capitolo 6 verrà discusso il problema della formazione del medico e i contenuti di conoscenze utili in un mondo di informazioni che si accavallano, che sono difficili da interpretare e da collegare. Gli insegnamenti devono appunto mirare a creare una coscienza critica e autonoma, perché più ciò si avvera, più profonda è la fedeltà al paziente, cioè la possibilità di identificare mezzi di cura realmente adeguati alla sofferenza, senza compiere adattamenti che risentono più del peso della tecnologia che non di quello della biologia e della vita umana. Alla fine dell'800 Augusto Murri scriveva a questo proposito [Babini, 2004]:

Che vale che un medico faccia un'analisi minuziosa e tecnicamente impeccabile di tutti i sintomi di un malato, se poi non sa pensarci su, se non sa far la critica di quel che legge, se non sa riconoscere logicamente i legami tra i fatti che ha raccolto, se non possiede un criterio giusto mediante cui tra tanti rimedi saliti in fama o per vanità dei proponenti o per presunzioni teoriche o per false tradizio-

ni o per osservazioni mal fatte non può riconoscere quello che merita una fiducia ragionevole e promette reale beneficio al paziente?

È passato molto tempo, ma la logica è sempre la stessa. Il medico colto saprà curare con gli strumenti migliori, scelti in libertà rispetto alle pressioni di vario genere e alle mode spesso imperanti, dopo aver analizzato a fondo i bisogni del suo paziente. Ma – a differenza di un secolo fa – oggi questi aspetti assumono valenze più gravose, in alcuni casi drammatiche. Noi dobbiamo avere l'intelletto e il cuore per affrontarle, per rendere un servizio nella fedeltà alla persona sofferente. Al fondo domina la scelta di un ruolo di vicinanza, che deriva da quello che Ricœur [1955] definiva “il senso del prossimo”. La prossimità – scriveva – “è il modo personale con cui incontro l'altro, al di là di qualsiasi mediazione sociale”, anche caricandomi del compito di ricoprire ruoli diversi nelle varie situazioni dell'incontro. Nessuna condizione esterna è in grado di pesare di più di una scelta personale del medico verso il suo prossimo, coraggiosa e talvolta rischiosa, ma sempre utile al fine della cura. Il Samaritano che rallenta il suo percorso per fornire aiuto ad uno sconosciuto è il modello di scelte che talvolta il medico potrebbe essere chiamato a compiere, perché il paziente che incontra è sempre diverso e spesso inatteso, talvolta portatore di informazioni strane e difficilmente comprensibili, ma certamente bisognoso di aiuto [Russo, 2006].

Nel rapporto del medico con il paziente non si deve trascurare la dimensione del dono. Come scrive Godbout [2008]:

ciò che circola sotto la forma del dono resterà forse sempre un po' misterioso. Eppure si tratta di ciò che esprime al più alto grado l'intensità dei legami sociali. I doni presuppongono sempre una fiducia nell'altro. E dunque un rischio. Sta in quest'incertezza il cuore affascinante dell'atto del donare.

Vale anche per il medico, che talvolta vive la frustrazione dell'incomprensione, dell'ingratitude, addirittura dell'ag-

gressività da parte del paziente; però non sono sufficienti per fargli cambiare atteggiamento rispetto al significato del suo operare (al cui interno trova spazio anche la dimensione del dono); un atteggiamento appropriato gli può però sembrare difficile da raggiungere, in particolare da parte di chi ritiene troppo rischioso un coinvolgimento forte.

Il medico come attore di gratuita intimità (anche se formalmente è pagato dal paziente o dal suo datore di lavoro) esercita una funzione indispensabile per la convivenza sociale. È stato infatti dimostrato che in qualsiasi impresa ha un ruolo importante l'apporto di lavoro gratuito, perché esprime un legame con il proprio impegno e per lo stare insieme in una comunità. Non è quindi fuor di luogo ipotizzare che un'apertura del medico alla gratuità come attitudine personale possa contribuire a relazioni significanti in un'area così delicata per la vita di ciascuno, le quali costruiscono il grande edificio di una socialità aperta, che non abbandona le proprie difficoltà, ma cerca di risolverle attraverso valutazioni di largo respiro, superando anche le indubbie criticità di particolari momenti.

Sperando che l'avvicinamento non sia giudicato irriverente, chi aiuta gli altri è anche il Medico saltimbanco, magistralmente descritto da Cosmacini [2008a]:

Buonafede è un commediante nato. Ha la medicina nel cervello, la chirurgia nelle mani, il teatro nel sangue e per attirare le folle, prima e dopo l'offerta dei suoi miracolosi medicinali, recita e fa recitare commedie, capace di cumulare in se stesso molte contraddizioni o ambiguità, ma comunque in grado di rispondere alle esigenze delle folle; placebo, io piacerò.

Forse per gioco, forse per istrionismo, forse per generosità, certamente per dovere: le vie del prestare aiuto sono le più diverse, come indicato dai medici della storia e da molti di oggi.

Lui stesso, la sua presenza e la sua volontà di raggiungere il paziente, sono la assicurazione di cui il malato ha bisogno. Come una madre fa entrare il figlio nel mondo, così il dottore deve far

uscire il paziente dal mondo dei sani e introdurlo nel purgatorio fisico e mentale che l'aspetta. Il dottore è l'unico familiare del paziente in un paese straniero [Broyard, 2008].

Questo volume non si riconosce nella logica delle critiche a priori del modello medico contemporaneo, sia perché abbiamo il senso della storia e comprendiamo come molti degli attuali progressi siano da attribuire alla medicina che ci ha accompagnato in questi ultimi 60-70 anni, sia perché i tentativi di sostituire la prassi scientifica hanno creato confusione, senza lasciare tracce significative, né sul piano dell'elaborazione culturale né su quello dei risultati clinici concreti. Proprio la capacità di guardare con libera curiosità dentro alla costruzione della medicina moderna, a cominciare dalle sue "cattedrali" (le tecnologie in ambito biofarmacologico, diagnostico, chirurgico), ci consente di essere realisti e di non sprecare risorse ed energie.

Non vogliamo proporre un modello rivoluzionario, lontano dalla medicina di oggi, quasi essa fosse un luogo di malvagità e disinteresse rispetto alle grandi e piccole cose che riguardano il benessere delle persone. Vorremmo suggerire invece di incentrare sulla persona che soffre il sistema culturale e pratico della medicina contemporanea, non per retorica sulla centralità del malato, destinata a nulla cambiare nelle dinamiche del potere, ma perché solo in questo modo l'atto di cura raggiunge la propria potenziale efficacia, quella garantita soprattutto dalle conoscenze scientifiche. Non ipotizziamo un modello bipolare tra scienza e umanizzazione, ma l'unitarietà del modello clinico, costruito sulla mediazione attraverso la persona degli interventi biologici, persona che è anche psichismo, capacità di autocura, di speranze, di relazioni. Il medico è il perno di questa mediazione, attraverso la sua professionalità e il suo essere capace di dialogo. A tal fine, nella professione il medico non deve acquisire un quid di umanità in più –quasi fosse un'imposizione esterna – ma deve rimanere umano nel momento in cui la tecnologia avanza, cioè non deve perdere se stesso di fronte alle macchine, anche quelle più utili per la cura. Così, di fronte alla scomposizione della società,

quando la persona debole rischia di perdersi, egli deve conservare la capacità di unire, di riannodare i fili dispersi della vita di quelli che a lui chiedono le cure; con la serena certezza di compiere un atto di buona medicina, che si riflette sulle persone più deboli e sulla sua stessa condizione di uomo che ha scelto il servizio come compito primario.

L'impegno a rendere oggi più vivo e significativo il rapporto medico-paziente non è un tentativo tardivo di compensare i limiti della medicina della tecnica, dell'imaging, della genetica, dei protocolli, ecc.; non è un "pannicello caldo", steso a opera di brave persone sulla crisi, ma un momento irrinunciabile per la medicina di tutti i tempi. Perché, come scriveva Karl Jaspers [2000]

conoscenza scientifica e abilità tecnica si trovano sempre nella condizione di spiegare qualche cosa senza nulla comprendere, a meno di non considerare compreso un fenomeno per il solo fatto che gli è stato assegnato un nome.

Attraverso la relazione si giunge alla comprensione dei significati, qualsiasi sia il livello di spiegazione fornita dalla tecnica. Non vi è quindi contrasto tra i due atteggiamenti, né una superficiale integrazione, ma una consequenzialità profonda che porta ad una cura migliore. D'altra parte la discussione su questa dualità ha accompagnato molte fasi della medicina moderna; il dibattito attuale è quindi il prolungarsi intelligente di una tradizione di grande significato, che è necessario conoscere per comprendere il presente. Si inserisce in questa logica quanto scrive Gabbiani [2003]:

Negli ultimi anni della sua vita Anton Lurjia pensava ad una scienza romantica capace di salvare la ricchezza della realtà vivente e di mantenere la prossimità ai casi individuali, contro forme di riduzionismo e contro modellizzazioni o simulazioni che egli vedeva prendere piede in certa psicologia. Lurjia ebbe così accenti anche molto netti nello sviluppare la propria distinzione e nel mostrare i limiti di un approccio strumentale e standardizzante. Ma credo, anche al di là del dato storico, che sia opportuno pensare oggi alla scienza romantica che egli sognava non tanto in termini di

contrapposizione, bensì come luogo nel quale cercare forme di incontro e di integrazione tra principi generali e casi individuali, o sperimentare il coniugarsi di spiegazione e comprensione, intelligenza e empatia, senza che ciò porti a sovrapporsi o elidersi.

Sir William Osler scrisse oltre un secolo fa parole significative sul lavoro del medico:

Nessun'altra professione può vantare la stessa ininterrotta continuità di ideali, una continuità che si congiunge con lo spirito critico inaugurato dalla scuola ippocratica. Possiamo andare giustamente fieri della nostra successione apostolica. Questi sono i nostri metodi: osservare attentamente i fenomeni della vita in tutte le sue fasi, coltivare le facoltà di ragionamento in modo da distinguere il vero dal falso. Questo è il nostro lavoro: prevenire la malattia, alleviare la sofferenza, guarire il malato.

Umberto Veronesi nel 2008 ripete lo stesso concetto: “Duemila anni fa il medico si occupava dell'insieme della persona. Oggi, e negli anni a venire, non potrà che ritornare ad essere così”. Passando da questa posizione laica all'insegnamento di Benedetto XVI troviamo una forte assonanza, quando dice [2008]:

La professione medica è costituita dal perseguimento di tre obiettivi: guarire la persona malata o almeno cercare di incidere in maniera efficace sull'evoluzione della malattia; alleviare i sintomi dolorosi che la accompagnano, soprattutto quando è in fase avanzata; prendersi cura della persona malata in tutte le sue umane aspettative.

La scommessa di oggi è costruire modelli di sapere e di prassi medica che siano allo stesso tempo all'interno di una grande storia (“la tradizione apostolica”) e in grado di raccogliere gli stimoli della scienza in continua evoluzione, incorporandoli in una logica di intensa relazione con il paziente. In quest'ottica rileggiamo con tenerezza quello che ha scritto Magris su *Microcosmi*; non descrive il medico di oggi, quello che vive e lavora nelle aree metropolitane,

ma delinea uno stile che nel tempo non cambia, anche se le concrete espressioni sono diverse e sempre più lo saranno nel futuro.

Ongaro fa il medico: la sua pacatezza rassicurante e la sua mite e ferma decisione danno subito un senso di sollievo ai pazienti che vanno da lui con le loro ansie, i fantasmi dell'insonnia e del panico, le ossessioni coatte, il vuoto di una vita che sembra risucchiata nel buio. Lui ascolta, disponibile, senza fretta; qualcosa nel suo viso e nel suo tratto ricorda la linda dirittura e la malinconica bontà di Freud, corrette da una sorniona ironia. Si addentra nelle spirali dell'angoscia con la paziente leggerezza di un gatto; saggia il terreno con domande discrete, suggerisce un farmaco senza promettere miracoli, la zampa felina non si lascia scappare la serpe dell'ansia, l'afferra senza parere e la tira fuori, e spesso, dopo qualche tempo, le persone braccate dai demoni ritornano capaci di vivere.

È un modello romantico, difficilmente ripetibile. Però dobbiamo imparare a guardare con attenzione a tutto quello che di diverso appare all'orizzonte del nostro impegno, senza rifiuti aprioristici: talvolta si possono trovare spunti significativi. Oggi, ad esempio, pur in un ambito completamente diverso, sono in corso sperimentazioni caratterizzate da modalità innovative dell'organizzazione sociosanitaria, che mirano a valorizzare la prossimità nella risposta al cittadino che chiede un determinato servizio e di conseguenza un legame più stretto tra gli operatori e chi è in difficoltà. Il medico non può esimersi dal partecipare con interesse a queste innovazioni, talune delle quali certamente consone, nella loro impostazione, con la scelta professionale di vicinanza, relazione e dialogo (anche se non di rado è necessaria pazienza ed elevata disponibilità!). Qualsiasi siano le difficoltà, non rifiutiamo a priori la disponibilità ad analizzare e a sperimentare strade nuove!

È stato recentemente proposto che per compiere il percorso di sintesi tra l'anima tecnica e quella relazionale sia necessario realizzare una *narrative evidence based medicine* [Charon e Wyer, 2008], cioè un incontro tra posizioni appa-

rentemente antitetiche, ma che devono alla fine giungere ad un risultato condiviso.

Il clinico non deve prima raccogliere le evidenze e poi ammorbidirle con la narrazione; egli deve piuttosto imbarcarsi da subito in interpretazioni fondate, rigorose, personali, particolari e pericolose, che – come ogni ipotesi – possono essere testate per la loro attendibilità e utilità.

Apparentemente sembrano caratteristiche inconciliabili, però è la condizione dell'ammalato che spesso è inconciliabile con una linearità precostituita, perché è allo stesso tempo nota ed ignota, universale e particolare, carne e persona. Anche sul piano epistemologico il significato del caso clinico non è stato ancora chiarito, a cavallo tra una lettura del vissuto e l'astrazione metodologicamente corretta. A questo proposito, Fantini [2008] si pone un interrogativo di fondo, senza risposta:

Come parlare della complessità della relazione clinica, che resta fondamentalmente un evento individuale, ma che si inserisce in un tessuto sociale e in una struttura conoscitiva? Come si può descrivere, comprendere e comunicare il vissuto individuale? Come si possono, nella comunicazione, integrare gli aspetti etici e umani con la conoscenza oggettiva e il rispetto della verità?

È la sempre presente visione binoculare della medicina, che ne costituisce parte fondante, fonte della sua gloria e delle sue passioni.

Il privilegio della responsabilità – con il quale dobbiamo ogni giorno fare i conti – consiste nel coraggio di una fedeltà semplice e non paludata, ricca di attenzioni e di approfondimenti tecnici e culturali, che costituiscono la base per reali avanzamenti nel rapporto con il paziente. Nel tempo della medicina genomica, cioè dell'individualità biologica, proponiamo una realistica medicina dell'individualità storica. La prima è fatta di molecole, di geni, delle loro alterazioni; però si deve evitare che l'attenzione verso le manipolazioni possibili (financo a sperare nell'immortalità...)

possa distrarre dal dovere concreto di oggi verso la costruzione di mondi vitali decenti, quelli stessi ai quali il medico può contribuire in modo significativo se riesce con la sua presenza a limitare la sofferenza e il disagio indotto dalle malattie.

Il duplice binario, che il lettore troverà di sovente accennato in queste pagine, è d'altra parte il difficile doppio binario della vita di ciascuno, nella quale riconosciamo allo stesso tempo la fragilità e la responsabilità. Siamo consapevoli dei nostri confini (forse non è nemmeno corretto chiamarli limiti, perché sono strutturali alla natura),

soprattutto quando il confronto quotidiano con la sofferenza, gli interrogativi, le incertezze ci espongono al confronto con i nostri stessi fantasmi (malattia, vecchiaia, morte) e ad una relazione di cura che non guarisce ma lenisce, che non libera il sano, ma accompagna il malato [Ferrandes e Ferrannini, 2008].

È la vita del medico, sempre in bilico tra il riconoscimento oneroso della realtà (conseguenza di personali inadeguatezze o delle incertezze della scienza medica) ed il senso di responsabilità che impedisce che il dubbio diventi incertezza nell'azione. Il tutto di fronte al paziente, al quale sarà difficile talvolta nascondere il nostro interno travaglio, ma al quale si dovranno – senza falso ottimismo – esporre le alternative prese in considerazione per una decisione; alla fine, però, si arriva alla decisione, senza incertezze. La comunicazione della scelta, se fatta in modo prudente e sincero, se è parte di un dialogo che dura da tempo, costituisce già di per sé una richiesta silenziosa ed implicita di consenso.

La diffusione sulle piazze moderne (internet nelle sue varie espressioni, più o meno informali) di report che criticano l'atteggiamento dei medici verso i pazienti è la testimonianza di un disagio. Non è moralmente lecito trascurare questo fenomeno, in nome di una medicina orgogliosa dei propri metodi e dei propri mezzi, ma soprattutto non è opportuno e utile, perché la vita indica nella concretezza di tutti i giorni i bisogni soggettivi e oggettivi e le risposte più

o meno adeguate. Si devono trovare le vie – pervie o impervie – per capire il significato di queste critiche, perché la sofferenza è sempre tale, anche quando sembra difficilmente accettabile e potrebbe indurci ad un allontanamento. Essa è l'obiettivo della nostra cura per il fatto stesso di esistere, senza aggettivi o condizioni, attaccata alla carne dei nostri simili, troppo spesso senza concedere quiete.

Avanti, con costanza e determinazione, facendoci carico del disagio, qualsiasi sia il mezzo con il quale viene espresso e le mediazioni che ha subito. A noi interessano certamente le circostanze, che però mai potranno modificare l'imperativo del cuore e della mente di offrire a tutti la cura migliore.

Non siamo giudici, ma medici.

Sappiamo bene che talvolta

c'è poca indulgenza per un mestiere veramente difficile e duro come quello del medico. Certamente è una professione prestigiosa e gratificante sul piano umano, economico e sociale, ma espone ad una corrosione esistenziale di solito sottovalutata e che è dovuta al continuo confronto con la malattia, con la sofferenza, con la morte [Catananti, 2002].

D'altra parte, le difficoltà non sembrano essere una vicenda recente se Euripide nell'Ippolito scrive "Essere malati è meglio che curare: quello è un unico male, in questo invece l'anima è triste e le mani in travaglio". Ma, nonostante tutto, nel mondo "liquido" che ci circonda, nel quale tutto cambia in continuazione, il rapporto del medico con il suo paziente deve continuare a rappresentare un punto fermo. Per questo dobbiamo essere pronti a rispondere ad alcuni interrogativi: nell'incertezza diffusa, quando è difficile orientarsi nella rete informe di rapporti in continuo cambiamento, il rapporto di cura è destinato a durare? O diventa solo il susseguirsi di atti tecnici, certamente utili, ma insufficienti a garantire un percorso di salute? Il cittadino sarà in grado di chiedere il ritorno ad un rapporto intenso, qualora – a causa di molte diverse circostanze – tendesse a scomparire? Saprà essere esigente con il medico? E questi saprà essere l'accompagnatore fedele e costante,

nonostante le incomprensioni, le infedeltà, le incertezze?

Queste pagine sono state scritte nella speranza che tutto possa mutare, ma non la qualità di un legame che – come diremo più avanti – si fonda sulle basi solide del nostro essere cittadini e medici (e – secondo alcuni – anche fratelli). D'altra parte il legame è uno dei pilastri perché il sistema delle cure raggiunga davvero gli obiettivi salute che si propone, valorizzando al massimo il contributo dei professionisti. In un momento di trasformazioni e di incertezza, la capacità di creare valore nel sistema sanitario (cioè di essere garanti della salute) permette ai medici di affrontare con serenità i cambiamenti, certi che nessuna riforma – nel bene o nel male – può fare a meno di chi permette di raggiungere gli obiettivi del sistema stesso [Porter e Treisberg, 2007].

Vi sono ragioni per sperare? Di fronte al continuo risorgere di catastrofismi, riproponiamo speranze ragionevoli [Rossi, 2008], quelle possibili a tutti, anche in assenza di una Grande Speranza. L'obiettivo è un rapporto sereno tra il medico e il paziente, all'interno di un quadro di riferimento che rispetta l'ammalato e chi si prende cura di lui. Nessuno offre garanzie certe; la fede nel nostro lavoro è l'unica, ma sufficiente garanzia.

“Non c'è in una vita intera cosa più importante da fare che chinarsi perché un altro, cingendoti il collo, possa rialzarsi” [Pintor, 2001]. Il medico si china sull'altro, e in parte lo sovrasta, perché vuole aiutarlo a camminare... è il tema di questo volume, in una dialettica continua tra il chinarsi, il sovrastare (qualcuno potrebbe chiamarlo paternalismo!), il curare. Come molta parte di ciò che riguarda la nostra crisi del vivere, non vi sono soluzioni definitive, ma la continua ricerca della strada migliore.