

La malattia dell'uomo non è, come sembra, il difetto di una macchina, bensì la sua malattia non è altro che egli stesso o meglio la sua possibilità di diventare se stesso.

Viktor Von Weizsacker

È facile curarsi degli altri per ciò che io penso che siano o vorrei che fossero o sento che dovrebbero essere. Curarsi di una persona per quello che essa è, lasciando cadere le mie aspettative di ciò che essa dovrebbe essere per me, lasciando cadere il desiderio di modificare questa persona, in armonia con le mie esigenze, è la via più difficile, ma anche la più maturante, verso una relazione soddisfacente.

Carl Rogers

PREMESSA

Dopo la laurea in medicina e chirurgia, all'avvio della mia attività professionale, a quanti, ignari del mio nuovo status, mi chiedevano se fossi "diventato medico", rispondevo che io non "ero diventato" medico, ma piuttosto che avevo iniziato a "fare" il medico. Con tale distinzione, intendevo segnalare che gli effetti dell'iter accademico che mi aveva fornito la possibilità di utilizzare il titolo di dottore, erano di natura tecnico-pragmatica. Insomma dichiaravo l'acquisizione di un nuovo saper fare e non quello di un nuovo mio essere.

Ciò derivava da un sentimento e insieme da una consapevolezza: un sentimento di incompiutezza e la consapevolezza che la ricerca per sentirmi medico era appena iniziata e forse non si sarebbe mai conclusa. Oggi posso confermare quel mio sentire di allora.

In quegli anni il mio individuale contesto cognitivo e emozionale si era andato progressivamente costituendo nell'"incontro/scontro" tra il percorso universitario obbligatorio e un'esperienza formativa "parallela", avviata portata a termine per iniziativa personale e volontaria.

Ebbene proprio quella esperienza, facoltativa e parallela agli insegnamenti ufficiali era stata e era, in quanto ancora proseguiva dopo la laurea, tale da generare in me una creativa inquietudine. Un'inquietudine che a volte sfociava in una vera e propria crisi (dal greco *krinein*, distinguere, decidere), proporzionale alla mia progressiva conoscenza e esperienza della medicina teorica e applicata, dei luoghi ove si attuava e della mia stessa attività. Avevo la percezione della prassi sanitaria come di una vera e propria "scorza", come la punta di un iceberg che non era affatto univoca, ma dipendeva da precisi, impliciti e talora volutamente occultati modelli ispiratori. In altri termini, quella che mi veniva proposta non era l'unica medicina possibile, ma quella routinaria e prevalente accademicamente. Il mio atteggiamento era dettato da un'insoddisfazione che mentre alimentava un'autentica curiosità intellettuale, dall'altra si alleava a un'esigenza psicoemozionale. Entrambe erano volte a approfondire la vera natura dell'atto terapeutico, nelle sue implicazioni epistemologiche, filosofiche, psicologiche e soprattutto relazionali nell'incontro della persona che chiede cura e della persona che quella cura offre.

L'esperienza cui accennavo, era la partecipazione, con regolarità, impegno e passione, agli incontri e attività del Gruppo di Ricerca sugli aspetti psicologici della Medicina, protrattasi per molti anni e condotta dal dr. Carlo Traversa, medico psicoanalista, grazie a una collaborazione tra

l'Istituto di Psicologia della facoltà di Medicina e il Centro Psicoanalitico di Roma. Quel lavoro condiviso con altri sensibili e motivati colleghi studenti, mi aveva trasformato da passivo ricettore di lezioni e metodi sanitari in un "osservatore partecipe". Questa definizione comportava un'inversione metodologica ove l'oggetto dell'osservazione non era più solo la malattia e il malato, ma anche tutti gli altri operatori sanitari, il contesto di cura, le relazioni che in esso si stabilivano e, non ultimo, me stesso. In altri termini, il soggetto osservante, mentre osservava all'esterno, nel campo ove effettuava il suo tirocinio, indirizzava allo stesso tempo l'osservazione verso di sé, i suoi pensieri, emozioni, sentimenti e comportamenti.

In una pubblicazione di quel Gruppo con il titolo "Da studente a medico", comparsa sulla rivista *Minerva Psichiatrica* nel 1978, veniva citato il seguente passo di M. Foucault "...medici e malati non sono coinvolti con pieno diritto nello spazio fondamentale della malattia; essi vengono tollerati come altrettante perturbazioni difficilmente evitabili; il ruolo paradossale della malattia consiste soprattutto nel neutralizzarli, nel mantenere tra loro la massima distanza affinché la configurazione ideale della malattia, tra i loro due silenzi, e il vuoto che si scava tra l'uno e l'altro, divenga forma concreta, libera, totalizzata infine in un quadro immobile...".

Queste parole facevano bene emergere i temi del medico, del malato, della malattia, della cura, della relazione terapeutica, del corpo, della mente e della loro distanza. Fin dai primi contatti con i pazienti, come studente del 4° anno, nel passaggio dalla nosologia, ossia la teoria delle malattie, alla clinica (dal greco *kliné*, letto), cioè le manifestazioni del malato, avevo subito avvertito l'insufficienza di una preparazione basata sull'approccio naturalistico-meccanicistico astratto e oggettivante. Forse, pensavo, poteva andar bene nell'interazione con un minerale, ma non con un essere vivente pianta, animale o uomo.

Sentivo l'assoluta necessità di affiancare all'osservazione dell'"oggetto" paziente, "filtrato" attraverso le griglie degli assunti astratti circa le patologie e le loro cause, l'attenzione agli aspetti dell'operare medico, ai contenuti soggettivi di chi presta cure e ai suoi modi relazionali. Al criterio di causalità delle malattie era necessario aggiungere quello del significato della malattia e della sofferenza, per evitare che la persona malata scomparisse dietro la frammentazione dei suoi tessuti o apparati alterati. A volte mi colpiva profondamente la circostanza in cui, per indicare un degente, al posto del suo nome e cognome, lo si ribattezzava con il numero del letto, con un organo, oppure con entrambi: "il colon del 13", oppure infine con la parte del corpo da eliminare chirurgicamente: "l'appendice del 15"!

Insomma i fattori in gioco, la materia, la biologia, la malattia, il malato, il medico non potevano essere considerati in maniera formale e indipendente, ma bisognava ampliare conoscenza e coscienza delle relazioni che fra essi, allora come oggi, s'intrecciavano e s'intrecciano e contemporaneamente approfondire la matrice del modello sanitario che determinava le procedure cui assistevo e che mi chiedevano di apprendere.

Da quei tempi a oggi sono intercorsi quaranta anni di attività professionale dentro e fuori ospedali e altre istituzioni.

Le mie riflessioni, lo studio e la pratica medica si sono sviluppate nella ricerca di una sintesi tra la materia della biologia e la storia del malato, tra il corpo anatomico e la vita, tra l'oggettività e la narrazione individuale, tra la dimensione spaziale e quella temporale. Nello stesso tempo è aumentata la convinzione che qualunque spiegazione oggettiva della malattia e della sofferenza, derivata da principi di causa e effetto, non può sopprimere la dimensione del significato soggettivo che solo può favorirne una più completa comprensione. Da qui l'opportunità, per non dire necessità, di transitare dal modello biomedico meccanicistico, d'ispirazione ottocentesca, basato sulla malattia e sulla cura impersonale, uguale per tutti, nonché sulla inevitabile e assoluta delega nella gestione degli eventi morbosi, a un modello umanistico. Quest'ultimo è centrato sulla persona, sull'esperienza soggettiva di malattia, più che sulla malattia in sé, e soprattutto sulla consapevolezza e la responsabilità individuale.

La biologia e la fisiologia contemporanee ci suggeriscono che in ogni istante possiamo progettare le nostre cellule, attraverso le nostre percezioni, i nostri pensieri, emozioni e sentimenti; ci dicono anche che le manifestazioni corporee e quelle psichiche sono le facce di una stessa moneta, che si corrispondono e derivano da un'unica fonte in-formazionale che genera forme diverse e correlate.

La mente e il corpo non sono in un rapporto lineare per cui l'una determina l'altro o viceversa (come teorie psicosomatiche o somatopsichiche avevano in passato ipotizzato), ma coesistono in un rapporto circolare, come manifestazioni più o meno evidenti alla coscienza individuale.

Anche la dimensione inconscia non è più considerata come un'invenzione di Freud, Jung e dei loro continuatori, ma è divenuta un'evidenza delle neuroscienze.

In definitiva è maturo il tempo in cui si può sostituire alla medicina della malattia, una medicina della salute, anche se può sembrare un paradosso terminologico, in quanto il termine medicina contiene le radici latine *medius*, in mezzo, e *medeor*, soccorrere, come strumento per sanare, posto "in mezzo" tra l'uomo e la sua sofferenza.

In tutti i casi è necessario che la patogenesi, cioè la conoscenza delle dinamiche che producono le malattie classificate, sia affiancata dalla salutogenesi individuale, ovvero da una cultura più ampia, centrata sulla conoscenza e la promozione della salute personale, non riducibile esclusivamente a screening di massa per diagnosi precoci e/o farmacoterapie preventive e generalizzate.

Attraverso questi temi e percorsi della medicina, anche solo accennati, il seguente testo raccoglie appunti, scritti in tempi e luoghi diversi.

Si tratta di segni lasciati durante un personale viaggio su quel continuo sfumarsi tra conoscenza oggettiva e esperienza soggettiva, tra intelletto e emozione, tra sano e malato, tra modelli di cura e di prendersi cura, tra acquisizione e ricerca.

Infine, per quanto riguarda quella domanda di tanti anni fa, risponderai che ancora oggi non sento di essere medico, ma di continuare a cercare in quella direzione.