

Nuova Umanità
XXX (2008/1) 175, pp. 89-110

LA PROSPETTIVA ANTROPOLOGICA NELL'AGIRE MEDICO

INTRODUZIONE

Sollievo dal dolore fisico o dal malessere psichico e fisico, bisogno di ritrovare uno stato di benessere uscendo dalla sofferenza acuta o cronica, esigenza di recupero da situazioni di menomazione, paura della morte e insopprimibile desiderio di allontanarla: sono bisogni primari dell'uomo fin dalle sue origini. Da sempre infatti, nel corso dei millenni e dei secoli, l'uomo ha cercato le risposte in qualcosa cui è stato dato il nome «Medicina». Questi sono i fondamenti della medicina, su questi si basa il contratto che ancora oggi lega l'uomo "paziente" all'uomo "medico" ¹.

Una prima antropologia deriva, allora, dal momento stesso della nascita della Medicina: la Medicina non è solo scienza, ma è necessità di dare risposte anche quando queste non sono chiarite dalla scienza, è anche relazione tra persone in un sistema di valori e in un determinato contesto sociale e culturale.

La *techne iatrike*, l'originaria *ars curandi*, la perenne arte della cura, è una tecnica, un'arte, un mestiere – il mestiere di medico e di infermiere – che ha un suo proprio metodo e una sua propria concezione generale dell'uomo sano-malato e del suo mondo. Essa ha una sua tradizione, una sua vocazione, una sua cultura. In seno a questa cultura, la tecnica è il mezzo, ma il fine è l'*anthropos*, l'u-

¹ A. Rubino, *Gli atti della "Settimana"*, in L. Alescio - M.V. Turra, *Atti della settimana di orientamento agli Studi di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Napoli "Federico II"*, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Napoli 2002, p. 13.

mo. L'uomo, per l'appunto paziente. Etimologicamente e storicamente nella lingua della bassa latinità e nella realtà del Medioevo, recepita dall'etica caritativa del cristianesimo, se curante era colui che aveva cura, il «paziente» era colui che «pativa» e con il quale «patire»: *cum pati*, esercitando, insieme a una tecnica curativa, un'antropologia relazionale fatta di com-passione, di sim-patia, di condivisione e partecipazione simpatetica ed empatica. A riguardo di questa relazione interpersonale, intersoggettiva, tra il soggetto che presta la cura e il soggetto che la riceve e la fruisce, la lingua della Grecia classica, quella Grecia in cui è nata con Ippocrate l'arte della cura, aveva accanto al singolare e al plurale una terza forma nominale, aggettiva, verbale: il duale. Era un'esigenza linguistica propria di una società particolarmente attenta al valore del rapporto interumano, come il rapporto d'amore, come il rapporto di amicizia, come il rapporto curante-paziente².

Ancora, la medicina non è solo una scienza della natura, ma è una scienza dello spirito legata a quella della natura, poiché la salute e la malattia non sono solo fenomeni biologici, ma sempre contemporaneamente anche fenomeni psichici, sociali e spirituali.

Ciò significa che una comprensione adeguata della medicina si deve dispiegare nell'ambito di queste dimensioni.

Il sapere medico si colloca quindi a cavallo tra i due grandi gruppi di scienze: è un sapere naturalistico, cioè articolato nei tanti settori propri delle varie «scienze della natura» (fisica, chimica, biologia) e un sapere umanistico, cioè strutturato come «scienza dell'uomo», come conoscenza e comprensione dell'uomo sano-malato, che contempla il suo «oggetto» in termini non settoriali, ma globali: l'organismo somato-psichico, l'individuo psicosociale, la persona umana.

Nell'esercizio della medicina è allora evidente che l'approccio biofisico è importantissimo e ineliminabile, ma non può essere esclusivo, perché è l'uomo tutto intero che soffre nella malattia, che cerca la guarigione, e insieme si interroga sul significato della malattia nell'ambito della sua esistenza.

² G. Cosmacini, *Le professioni nella cura: medici e infermieri nella storia*, in L. Alescio - M.V. Turra, *op. cit.*, p. 57.

È per questo che la medicina, in quanto scienza dell'uomo, deve avere come fondamento un'antropologia che non vuole avere l'accezione di un confronto sui problemi della salute tra culture diverse, ma piuttosto l'intenzione di una riflessione sul rapporto interumano tra medico e paziente e tra medico, paziente e società³.

Occorre ricordare che le problematiche delle scienze sono sempre specchio delle condizioni intellettuali e sociali del momento, per cui ogni progresso della medicina non si può considerare disgiunto dall'analisi del clima complessivo del periodo in cui si verifica. Le malattie hanno sempre una loro storicità, gli stessi concetti di malattia sono in gran parte provvisori⁴.

La salute e la malattia sono così parte della storia della persona, con la conseguenza che vi è un'inevitabile metafisica correlata nell'esperienza e nel linguaggio di salute e malattia, una metafisica forse che nel tempo si è oscurata, ma che richiama la medicina alle sue origini.

UNO SGUARDO RETROSPETTIVO

Se analizziamo da questo punto di vista la storia della medicina, ci troviamo di fronte fondamentalmente a tre epoche differenti, che possiamo in estrema sintesi indicare come segue: l'antichità può essere posta sotto i concetti della cosmologia e dell'Antropologia, il Medioevo può essere posto sotto il concetto di trascendenza e la Modernità sotto quello di secolarizzazione⁵. Esaminiamo questi diversi atteggiamenti, chiedendoci innanzitutto che cosa possa insegnarci la prospettiva cosmologica e antropolo-

³ G. Cosmacini, *Una filosofia della storia*, in *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Bari 1995.

⁴ G. Armocida - G. Rulli - R. Soma, *Medicina delle comunità. Controllo e difesa dell'ambiente, salute delle collettività*, Masson, Milano 2002, pp. 4-5.

⁵ D. Von Engelhardt, *Health and disease. History of the concepts* in W. Reich (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, v. 2, MacMillan, New York 1995.

gica propria dell'Antichità in rapporto alla comprensione della salute e della malattia, del rapporto fra medico e paziente.

L'uomo veniva considerato nel mondo antico come appartenente alla totalità della natura, come un microcosmo che nella sua struttura riproduce gli elementi che compongono l'intero universo. La salute, in particolare, veniva compresa come una armonia di tali elementi, la malattia come disarmonia.

In tutte le tradizioni, la medicina era vista come un dono della Divinità: lo attesta già il giuramento di Ippocrate. La medicina fa appello ad una trasformazione profonda della persona malata, a una vera e propria conversione: la guarigione del corpo, quando avviene, è in pratica la conseguenza di una guarigione dell'anima ottenuta attraverso una purificazione, una catarsi, più o meno lunga. In questo scenario terapeutico il ristabilirsi di un rapporto spirituale con il divino riporta alla norma, cioè alla salute⁶.

Quindi la salute e la malattia venivano sempre riferite ad una precisa visione dell'uomo: è evidente che la considerazione antropologica sottesa in questa prospettiva era l'uomo intero, nella sua totalità. Del resto, lo stesso medico ippocratico è l'archetipo del medico tanto impegnato tecnicamente quanto umanamente coinvolto. Uno dei più antichi precetti medici recita: «Dove c'è *philanthropia* c'è anche *philotechnia*».

Significava che l'essere amico dell'uomo (filantropo) era il modo migliore per essergli veramente d'aiuto usando le risorse dell'arte (tecnofilo). Ma significava inoltre che l'impegno tecnico nell'arte medica era il mezzo finalizzato anche al conseguimento di un buon rapporto d'amicizia, giovevole al paziente quanto le altre cure. Ancora, l'antico aforisma «Non c'è medico che non sia filosofo», ribadiva nel tempo che il medico doveva possedere la *philosophia naturalis*, cioè conoscere a fondo la natura, ivi compresa quella umana.

Questa concezione conservava valore anche nel Medioevo e poi nel Rinascimento, quando ancora esisteva una relazione stretta fra medicina e filosofia, con il sapere medico armonicamente inse-

⁶ G. Andrès, *La Medicina Tradizionale*, Mediterranee, Roma 1997.

rito in una generale teoria della natura di cui era parte prepondérante l'uomo. Lo spiritualismo medioevale non faceva però distinzione tra una "superiore" cura dell'anima e una "inferiore" cura del corpo. La *salus* era tanto "salvezza" dell'una quanto "salute" dell'altro. Il Medioevo non conosceva in questo senso il «salva la tua anima», ma sempre e solo un'unica cura di tutto l'essere umano⁷. La malattia non era intesa solo negativamente, ma anche come un monito ad essere consapevoli della finitezza umana.

Tuttavia, nell'avviarsi del processo storico di secolarizzazione, il curante diventava sempre meno un esperto della salvezza dell'anima e sempre più un esperto della salute del corpo, dispensatore o mediatore di una salute ritenuta sempre meno dono di Dio e sempre più dono della scienza. La medicina "laica" sarà basata sui valori della ricerca e del progresso scientifico. L'assistenza al malato sarà quindi essenzialmente osservazione e studio della malattia nelle sue molteplici manifestazioni.

IL MODELLO BIOMEDICO

L'insorgere di una frattura di questa considerazione unitaria dell'uomo, si può far risalire al dualismo cartesiano e al conseguente modello biomedico.

Nel 1637 Cartesio, nel suo trattato sul metodo scientifico, riprende il dualismo del pensiero filosofico greco, e in particolare platonico, e definisce l'uomo come l'insieme di due entità – corpo e mente – qualitativamente diverse. La mente è diretta espressione della natura di Dio nell'uomo e quindi non studiabile scientificamente. Al contrario, il corpo è una macchina di cui si possono indagare i componenti e il funzionamento. In questa prospettiva la salute è simile all'immagine di un orologio perfettamente funzionante, mentre la persona malata può essere parificata ad un

⁷ H. Schipperges, *Il giardino della salute. La medicina del Medioevo*, Garzanti, Milano 1988, p. 192.

orologio rotto. Così, verso la metà del Settecento, grazie ai contributi fondamentali di Giovan Battista Morgagni, la medicina si muove verso la scienza, partendo dal suo principio: il corpo.

Interrogando l'organismo morto in sala anatomica, Morgagni stabilisce una volta per tutte che le malattie sono la conseguenza di lesioni organiche e i sintomi rappresentano «il grido degli organi sofferenti». Da questo approccio nasce la ricerca moderna: è il modello biomedico di oggi, un modello meccanico riduzionista del corpo umano che descrive le sue funzioni in termini quantificabili di laboratorio.

La natura riduzionistica del modello biomedico si evince dalla considerazione che quando esso è applicato alla salute e alla malattia non considera le dimensioni psicologiche, sociali, spirituali, che sono ritenute al di fuori del controllo biomedico.

La malattia, in conclusione, è una disfunzione patologica o meccanica all'interno della persona. L'obiettivo terapeutico del medico è controllare la patologia e “riparare” il corpo: ciò può comportare la somministrazione di farmaci o la “riparazione chirurgica” di alcune parti del corpo. In questo modello, quindi, la malattia è qualcosa che colpisce l'uomo dall'esterno – batteri, virus, ecc. – e la salute è definita in senso negativo come «l'assenza di malattie».

ALTERNATIVE AL RIDUZIONISMO

Ma, accanto a questa evoluzione meccanicistica della medicina non sono mancate, in ogni epoca, voci autorevoli di dissenso. Ad esempio, sir William Osler e Richard Clarke Cabot, due famosi medici che contribuirono allo sviluppo della medicina scientifica negli anni a cavallo tra il XVIII e il XIX secolo, sostennero fortemente l'importanza della soggettività del malato e la considerazione della spiritualità nell'ambito assistenziale.

Guidando gli studenti al letto dei malati, Osler mostra loro le espressioni individuali di malattie comuni perché imparino a di-

stinguere quanto è legato alla condizione patologica in sé e quanto è invece pecolare del singolo paziente. Osler sottolinea costantemente: «Come non ci sono due volti uguali, lo stesso vale per le malattie».

L'eredità che ha lasciato William Osler si può sintetizzare in due parole: arte e umanità. Alla biologia corrisponde nella medicina l'esperienza clinica, l'osservazione dei modi in cui la malattia si manifesta, l'attenta "lettura" della storia clinica del paziente e della sua biografia umana. La scienza contribuisce a illuminare il medico sui complessi meccanismi delle cellule alterate. Tuttavia lo scopo primario della medicina non è approfondire la scienza, bensì aiutare i malati.

Claude Bernard, un grande medico dell'Ottocento, sosteneva in un suo celebre aforisma che «non esistono le malattie, esistono i malati». La storia di una malattia è anche la storia dell'unicità di una persona. Ciò per diversi motivi. La malattia può avere origine, infatti, nell'ambiente, può collegarsi ad abitudini, a comportamenti, a rischi. Talora nasce dalla mente e si esterna nel corpo. Talora nasce nel corpo e si ripercuote, con conseguenze più gravi, nella mente. La malattia è un linguaggio: essa ha delle parole, una sintassi, una grammatica. Anche per il medico la malattia è una dimensione del linguaggio. Il sintomo riferito dal paziente rimbalza nella mente del medico evocando concetti, indagini diagnostiche, farmaci, cioè parole. La malattia, nella mente del clinico, si focalizza su un organo, un sintomo, un farmaco e come tale è analizzata singolarmente. Il linguaggio della malattia, visto dalla prospettiva del medico, è basato su un codice che comprende diversi sistemi di riferimento linguistici. Essi sono di tipo anatomico (dove), fisiologico (come), e infine biochimico, molecolare, eziologico (perché). Il medico dovrebbe mediare e tradurre nel linguaggio del paziente il linguaggio della medicina e della malattia cercando di dare a questa un significato. Lo si è detto, la medicina è essenzialmente un «sistema epistemologico in bilico tra scienza e valore della persona»⁸.

⁸ A. Tramarin, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia 2003, pp. 20-21.

Richard Clarke Cabot sostenne l'importanza degli studi religiosi nella pratica medica e, in un libro sulla pastorale ospedaliera di cui fu coautore, affermò: «Non passa una settimana nella pratica clinica di un medico, senza che sia consultato su uno o più problemi filosofici e religiosi, non per speculazione intellettuale, ma piuttosto come domande di un'agonia umana»⁹. Secondo Cabot, quindi, le conoscenze religiose sono importanti per il medico, dal momento che la religione è importante per il paziente del medico.

Ancora, in ambito assistenziale si può ricordare come Florence Nightingale, così importante per la storia della scienza infermieristica, aveva considerato l'importanza della dimensione spirituale. Nel suo manoscritto *Suggestions for Thought*, la Nightingale tentava di integrare scienza e misticismo, scrivendo che l'universo è l'incarnazione dell'intelligenza divina che regola tutto attraverso delle leggi; per lei, di conseguenza, le leggi erano i «pensieri di Dio». Per queste sue profonde convinzioni, ella credeva che fosse necessario scoprire nella legge universale le leggi di Dio e applicarle per la salute e la salvezza¹⁰.

LINEE DI TENDENZA ATTUALI

Soffermiamoci ora sul contesto odierno, per cercare di coglierne da una parte le problematiche e le contraddizioni, ma soprattutto le sfide emergenti, che nello stesso tempo possono essere anche opportunità per un nuovo modello di medicina.

Se guardiamo alla medicina nel momento attuale, possiamo leggervi aspetti contraddittori: da una parte, gli enormi progressi nel campo tecnologico, grazie ai quali la medicina ha raggiunto il massimo potere diagnostico e terapeutico della sua storia ed è alla

⁹ R.C. Cabot, *Training and rewards of the physician*, J.B. Lippincott, Philadelphia 1918.

¹⁰ F. Nightingale - J.A. Macrae - D.A. Calabria, *Suggestions for thought. Selections and commentaries*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia 1994.

vigilia di imprevedibili sviluppi, quali quelli annunciati dagli studi sulla genetica.

La medicina moderna si caratterizza non soltanto per la possibilità di diagnosticare con certezza quasi assoluta una patologia nel corpo umano, ma anche per la capacità di guarire, una sicurezza terapeutica che il medico non aveva mai prima posseduto. Da qui un'esaltazione del potere della medicina, che può creare aspettative di onnipotenza.

Dall'altra parte, questa stessa medicina viene messa in discussione per la sua prospettiva spesso riduttiva.

Infatti, la considerazione puramente scientifica della patologia tende a riconoscere – o perlomeno a considerare interessanti per le metodiche di terapia e per le prospettive di guarigione – solo i processi biologici, considerandoli in un'ottica sostanzialmente fisicistica, meccanicistica; si tratta in sintesi di un modello biomedico che considera la medicina semplicemente come una biologia applicata. Se pensiamo ad esempio all'ambito della biologia molecolare, le parti del corpo e gli organi sono visti come sistemi molecolari governati da processi chimici.

Un'altra caratteristica della medicina attuale sul piano clinico, è lo sviluppo delle specializzazioni, con la motivata suddivisione in sempre nuove discipline specialistiche, per poter far fronte al rapido aumento delle conoscenze e alla tecnica medica sempre più sofisticata. Ciò comporta che il singolo paziente non viene più curato da un solo medico, ma da più medici, se non addirittura in collaborazione con esperti di altre discipline.

Le superspecialità mediche recentemente censite dall'*American Medical Association* sono circa 150, dall'emodinamica all'ecografia, dalla villocentesi (o prelievo ed esame dei villi placentari) all'interventistica in utero per via fetoscopica, dalla neonatologia e perinatologia all'adroterapia oncologica. Superspecialità che non hanno però sempre un consenso entusiastico. Infatti la medicina attuale appare in una situazione per certi aspetti paradossale. Accanto a una necessaria specializzazione e a un'altrettanto necessaria tecnologia avanzata si lamenta da più parti una carenza sintetico-critica. Il medico odierno talora è portato a perdere la nozione filosofica della totalità, propria di un paradigma ippocraticamente perenne.

La specializzazione è il paradigma della medicina moderna e anche la pratica della medicina è diventata sempre più sofisticata e ciò ha ampliato il divario esistente tra la medicina territoriale e quella ospedaliera. Oggi, accanto a un *maximum* di capacità analitica, esiste spesso solo un *minimum* di capacità sintetica. Lo sforzo professionale è concentrato prevalentemente sull'analisi.

Eppure i referenti concettuali della medicina – salute, malattia, vita, morte – sono attinenti a una dimensione totalizzante e unificante: la persona intera.

Oggi, si è affermato che le decisioni del medico devono risultare dall'integrazione tra la sua esperienza e l'utilizzo esplicito delle migliori evidenze scientifiche relativamente all'accuratezza dei test diagnostici, alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici, riabilitativi. Questo approccio ai problemi clinici è noto come la «medicina delle prove» o *evidence based medicine*. Le basi di questa teoria possono essere ricondotte a due principi chiave: le decisioni del medico devono basarsi su prove di efficacia dimostrate sperimentalmente. Sulla base di queste prove si stabiliscono linee guida che comprendono anche l'adozione di misure idonee al contenimento dei costi; e ancora, ogni intervento o decisione deve fondarsi su una valutazione preliminare della prognosi (rischio assoluto) e il rapporto rischio/beneficio deve essere discusso con il paziente.

Molte sono le critiche poste, almeno sul piano teorico, alla *evidence based medicine*. In questa sede è sufficiente ricordare che le principali riguardano comunque le modalità e il tipo di analisi della letteratura utilizzati per effettuare le metanalisi e allestire le linee guida¹¹.

La «medicina delle prove»¹² sembra contrapporsi e oscurare la medicina che sostiene l'importanza, nell'atto medico, degli aspetti intuitivi, affettivo-relazionali, olistici, ben espressi nella metafora

¹¹ A. Tramarin, *op. cit.*, pp. 86-87.

¹² Ministero della salute - Centro Cochrane Italiano, *Clinical Evidence*, Zadig, Milano 2001. La *Cochrane Collaboration* è un *network* internazionale che ha l'obiettivo di preparare, aggiornare e divulgare delle revisioni sistematiche degli studi clinici controllati o, laddove questi non siano disponibili, delle revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti.

dell'occhio clinico, che implica il guardare alla medicina come arte della medicina. Lo sforzo riassuntivo di un sapere medico internazionale che la «medicina delle prove» fornisce ai medici, rappresenta un dispositivo avanzato, al servizio di un operare medico razionale: una sintesi disponibile delle prove di efficacia che rende informato, attuale, l'intervento medico. Ma quando parliamo della dimensione razionale della mente non possiamo non tenere presente che tutte le recenti ricerche di neuroscienze pongono le emozioni a fondamento dell'organizzazione cognitiva e comportamentale umana. Le emozioni hanno un ruolo di centralità nel pensiero razionale, nel prendere decisioni, nell'ordinare, e nel relazionare ciascuno al mondo circostante. Le emozioni pertanto sottendono tutte le funzioni delle varie strutture cerebrali, i cosiddetti operatori nella nostra mente, razionali o irrazionali che siano per definizione.

Anche se la «medicina delle prove» organizza dati continuamente aggiornati e consultabili nel corso della pratica medica, ciò non è sufficiente in una concezione complessa e articolata qual è l'operare medico. Le caratteristiche di un approccio globale, olistico, non possono essere marginalizzate, relegate alla periferia di un sapere medico soltanto tecnologizzato¹³.

LA GLOBALIZZAZIONE

In medicina la “globalizzazione” può intendersi come un processo ambivalente che da un lato tende ad accelerare i fenomeni di omologazione del sapere scientifico e dall'altro tende ad integrare le diversità di carattere ambientale, culturale, economico tuttora presenti nei diversi contesti. A tutt'oggi non esiste una omogeneità nell'assistenza medica erogata nei più disparati contesti socio-economici-culturali. Se da un lato la tempestività e rapidità dell'informazione consentono oggi di veicolare enormi quan-

¹³ M.V. Turra, *A proposito di Interdisciplinarietà e Transculturazione*, in L. Alescio - M.V. Turra, *op. cit.*, pp. 96-97.

tità di nozioni e novità, e la tecnologia medica ha raggiunto trai-
guardi insospettabili ancora poco tempo fa, dall'altro esiste anco-
ra un enorme divario tra la qualità dell'assistenza medica erogata
nei vari contesti che fa sì che i benefici derivanti dai successi
scientifici non siano distribuiti in modo omogeneo.

Il medico del prossimo futuro dovrà trovare una coerenza tra conoscenze, valori e comportamenti, e insieme perseguire forme di apprendimento continuo e di autovalutazione, al fine di partecipare alla soluzione di problemi e alla realizzazione di progetti in forma collettiva, tra competenze trasversali che raggiungano globalmente tutti.

Un'ulteriore osservazione riguarda la persona del malato, il vissuto della malattia. Se uno degli aspetti più celebrati del recente progresso è – come si è detto – il grandioso sviluppo della medicina, attendibili indizi segnalano che, stranamente, cresce anche il potere della malattia sull'uomo. Essa paralizza la libertà; il timore di esserne raggiunti è oggi più che mai insistente. La cura della salute si fa ossessiva. Cresce il potere tecnico sulla malattia, ma diminuiscono le risorse morali per affrontarla. Ma diminuisce anche il rapporto con il medico.

Abbiamo visto come – storicamente e tradizionalmente – la medicina è stata identificata con la pratica messa in atto da un medico nel suo incontro con un paziente, un incontro cioè fra persone: il rapporto medico-paziente è quindi il nucleo storico della prassi medica. Ma oggi la neutralità e l'obiettività degli esami diagnostici rischia di farne una “medicina silenziosa” anche nei confronti del paziente, cioè del “proprietario” della sua malattia. Un proprietario che d'altra parte tende a gestire autonomamente le prescrizioni mediche, comportando il problema della non aderenza al trattamento.

Inoltre, l'eccessiva medicalizzazione che ha ipertrofizzato l'intervento tecnico, ha però trascurato il fatto che le convinzioni personali e religiose riguardo alla sofferenza offrono valide modalità per affrontare la malattia nella prospettiva personale.

Ma proprio questa dimensione, soprattutto negli ultimi anni, si sta facendo strada: in un articolo pubblicato su «Lancet» già nel 1997, si affermava che la «spiritualità è il fattore dimenticato

in medicina e, da più parti, si auspicava che venisse inserita nel curriculum degli studi di medicina»¹⁴.

La citazione di questo articolo vuol costituire solo un esempio di un interesse più ampio, emerso nell'ambito medico da vari anni e attestato da numerose riviste internazionali, scientifiche e non¹⁵. Ad esempio «Time» aveva dedicato la copertina di un proprio numero ad un articolo che riassumeva una serie di ricerche dimostranti gli effetti benefici della spiritualità e della fede religiosa sullo stato di salute.

LA NECESSITÀ DI UNA RISCOPERTA ANTROPOLOGICA

Quali allora le sfide emergenti e le nuove opportunità?

Certamente, la risposta fondamentale sta nella prospettiva antropologica, nel definire chi è la persona, non solo del paziente, ma anche dell'operatore, nello stabilire a quale modello antropologico facciamo riferimento.

Nel delineare questo modello, si devono considerare diversi aspetti:

a) La considerazione della persona dell'operatore e del paziente nella sua globalità.

Le professioni sanitarie possono arricchirsi, non solo aggiornandosi e specializzandosi, ma anche riappropriandosi della cultura loro propria, antropologica oltreché tecnologica, cioè ippocratica. Ritrovare questa tradizione non significa tornare indietro, alla pre-analisi, alla non-specializzazione. Significa andare avanti, oltre la iper-analisi, oltre la iper-specializzazione¹⁶: in questa prospettiva, è imprescindibile allora la considerazione di tutte le di-

¹⁴ J. Firschein, *Spirituality in medicine gains support in the USA*, in «Lancet» 349 (1997), p. 1300.

¹⁵ Per una trattazione approfondita, cf. F. Caretta - M. Petrini, *Ai confini del dolore. Salute e malattia nelle culture religiose*, Città Nuova, Roma 1999.

¹⁶ G. Cosmacini, *op. cit.*

mensioni della persona, che potremmo chiamare “totalità unificata”, da cui consegue la totalità unificata della vita umana¹⁷. Ne consegue che, per guardare a questa persona, si rende necessario un processo di sintesi del sapere medico.

Si è infatti affermato che «l’unità del sapere deriva dall’unità dell’uomo», «la sapienza è una tensione all’unità»¹⁸. Ma «l’unificazione sapienziale non è tanto il risultato di una tecnica, di un intervento esteriore, ma piuttosto la conclusione di una conquista interiore». La condizione fondamentale perché si dia unificazione sapienziale del sapere «è che si sappia chi è quell’uomo in cui il sapere viene unificato». Ma occorre considerare anche lo sviluppo umano dell’operatore.

«Non è possibile che vi sia un’unità sapienziale del mio sapere se vi è un dislivello tra un me coltissimo e un me che non traduce in atti verso gli altri quel sapere»¹⁹. Quindi non scissione, ma unità tra cultura e vita, tra scienza e pratica clinica.

L’unità del sapere si costruisce intorno all’unità della persona, non attorno alla semplice multidisciplinarietà.

Quale sforzo culturale è stato fatto e si fa per la sintesi? Il problema della formazione è stato ed è affrontato soprattutto sotto il profilo specialistico, tecnico; è stato ed è meno sentito sotto il profilo umano. Spesso è lasciato all’autodidattica, al buon senso, all’attività pratica sul campo. Se questa salva i propri contenuti umani e sociali, lo fa perché li ritrova non nell’attuale realtà del proprio pur inestimabile patrimonio scientifico-tecnico, ma nella tradizione culturale del singolo operatore sanitario, attenta all’uomo nella sua totalità somatica e psichica, nella sua integrazione con l’ambiente di vita e di lavoro.

Come tradurre tutto ciò nel profilo professionale, nella metodologia assistenziale? Non può significare certo acquisire tutte le specializzazioni.

¹⁷ D. Tettamanzi, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2000, pp. 41-44.

¹⁸ G. Morra, *L’unità del sapere*, in «Studi Cattolici», XXV (1981), n. 224, p. 339.

¹⁹ E. Samek Lodovici, *Il gusto del sapere*, in «Universitas», XIV (1993), n. 50, p. 18.

Una modalità imprescindibile per l'unità del sapere riguarda allora proprio la formazione: accanto alla formazione tecnica, il processo formativo di tutte le figure che operano nella sanità, dovrebbe prevedere la formazione umana, etica, che educhi a questa prospettiva della persona e non solo all'obiettivo della guarigione clinica.

È evidente che anche l'operatore non è immune dalle reazioni di "fastidio" nei confronti degli ammalati cronici o di quelli per i quali non ha una diagnosi. Questi ultimi possono rappresentare anche un continuo rimprovero per l'apparente incapacità professionale. Anche l'operatore dunque può soffrire in un rapporto con il suo paziente. Soffre quando si accorge di aver fastidio e voglia di mollare il suo paziente, soffre anche quando si sente così coinvolto da temere di perdere la sua doverosa lucidità. Questo accade anche perché molto spesso anche il medico è solo. In alcune condizioni di malattia è indispensabile che il rapporto si allarghi a più protagonisti configurando la creazione di un'*équipe*.

Una seconda modalità prevede, così, la formazione al lavoro in *équipe*, che non è scontata, né si può improvvisare. Bisogna tener conto ad esempio che – per l'efficacia di un gruppo multidisciplinare – tutti i membri devono accettare che nessuno ha tutte le risposte per tutte le domande, dato che tutti in qualche modo dipendono dalla cultura e dalla competenza degli altri.

b) La dimensione relazionale nell'agire sanitario.

La persona è un io aperto al tu, non è solo razionalità, ma è relazionalità.

Relazionalità che si esprime e si attua attraverso l'essere "con gli altri", per arrivare ad una condivisione, e attraverso l'essere "per gli altri", come donazione. Caratteristiche della persona che sono costitutive del suo essere, al di là del fatto che si esprima attraverso categorie religiose o no.

È in questa prospettiva, allora, che si arriva a scoprire come, nella relazione medico-paziente, al posto del paternalismo si vada inserendo un atteggiamento sempre più attivo del paziente, considerato non più un "oggetto" nelle mani del medico, ma un "soggetto" della sua cura, dotato non solo di precisi diritti, ma anche

sempre più competente e partecipe alle fasi di diagnosi così come alle strategie terapeutiche.

Se nella medicina tradizionale prevaleva il concetto di beneficità, intesa come fiducia piena nella capacità del medico di decidere per il bene del paziente, che così realizzava il paternalismo benevolo del medico, nella medicina moderna si è affermato il principio di autonomia del paziente che realizza una condivisione libera di scelte e una capacità decisionale sulla base delle informazioni corrette ricevute²⁰.

La relazione medico-paziente diventa una collaborazione reciproca in vista della salute, in un rapporto che implica fiducia e un buon livello di comunicazione e rispetto reciproco. Per il paziente in genere è più importante capire cosa sta succedendo prima che trovare subito il rimedio più efficace²¹.

La medicina “silenziosa” perché fa parlare in modo asettico solo il dato biologico, strumentale, può essere vista allora anche come un passaggio obbligato per riuscire a passare dal modello paternalistico nella relazione operatore-paziente ad una dimensione di reciprocità, in cui l’operatore riesce a trasmettere se stesso insieme al dato clinico.

Si è detto che la dimensione essenziale della persona consiste nella capacità di relazione: ma per arrivare ad una reciprocità nei rapporti interpersonali, è indispensabile che ciascuno apprezzi e stimi l’altro come se stesso. Da qui avviene il salto di qualità, la rivoluzione nei rapporti: questa reciprocità trasforma ogni componente del mondo sanitario in soggetto, in protagonista, ciascuno proiettato a vivere l’altro, a cogliere le sue necessità, i suoi bisogni, a condividere il dolore, a riconoscere la sua competenza.

Da qui scaturisce un nuovo modello ai vari livelli dell’organizzazione sanitaria: dal vissuto della malattia del singolo, al rap-

²⁰ M. Coltorti, *Informazione per un consenso. Riflessioni derivate dall’esperienza clinica*, in Aa.Vv., *Le Metamorfosi della salute. Medicina tra razionalità scientifica e ragioni storico-sociali*, Apèiron, Bologna 2001, p. 33.

²¹ Censis, *Forum per la ricerca biomedica. Cultura scientifica e informazione. Ricerca, comunicazione e regolazione dei consumi per il benessere e la salute*, Franco Angeli, Milano 2001, pp. 198-199.

porto fra gli operatori, fino agli aspetti gestionali ed economici e ai risvolti legislativi e politici attinenti la sanità ²².

Infatti la medicina attuale, postmoderna, pur non disattendo gli altri principi, pone l'accento sulla giustizia, in base alla quale, con un adeguato servizio di assistenza e di impostazione aziendale dell'erogazione dei mezzi di salute, si possa conciliare la soddisfazione dei bisogni con l'equità nell'utilizzazione delle risorse.

c) Una nuova comprensione di salute e malattia.

Una medicina corretta, adulta e consapevole deve anche conoscere bene i limiti del suo potere, deve sapersi astenere a volte dall'intervenire inutilmente e deve saper spiegare che l'equilibrio tra l'uomo e la salute non si basa sempre soltanto sull'assenza di disturbi e malattie. La presunzione di prevenire e di sconfiggere tutte le malattie è di una medicina non matura. Al di là delle definizioni ufficiali, malattia e salute sono pensate come più strettamente connesse e a ragion veduta si può intendere la salute anche come la capacità di sopportare infermità e ferite, integrandole adeguatamente nella propria vita. Un medico consapevole del suo agire deve restare ancorato a queste premesse ²³.

Dobbiamo discernere tra malattia come esperienza soggettiva e personale e malattia come anormalità patologica definita dalla medicina. È possibile che una persona si senta malata, senza che si riesca a scorgere in essa una patologia obiettivabile; come pure è possibile il contrario. Il ruolo del malato, l'interpretazione di suoi disturbi e la "natura sociale" della malattia riflettono la dimensione culturale della medicina. Non basta ammettere che la vita sarebbe impossibile senza la malattia, perché occorre tener presente il concetto ben sintetizzato già da un poeta come Novalis (1772-1801), quando affermava che c'è anche malattia nella salute e salute nella malattia. Oggi siamo pronti a prendere nuova consapevolezza di fronte a queste idee.

²² F. Caretta, *Il mondo della sanità oggi e la spiritualità dell'unità*, in *Atti del Congresso Internazionale "La salute dell'uomo oggi: un equilibrio raggiungibile"*, Movimento Umanità Nuova, Roma 2002, p. 70.

²³ G. Armocida - G. Rulli - R. Soma, *op. cit.*, pp. 8-9.

Ma ancora, la caratteristica fondamentale della persona non è tanto quella di possedere un corpo, dei tratti, delle capacità, ma piuttosto quella di possedere una qualità trascendente. La malattia dunque non pone all'uomo un compito di natura semplicemente tecnica, come quello che persegue la medicina; non propone soltanto la domanda: come la si può guarire? Pone anche e soprattutto una questione morale: come la si può vivere? Pone quindi anzitutto un interrogativo spirituale.

Elaborare la malattia, facendola diventare un momento significativo della propria vita, è un'opera più delicata e difficile che la semplice lotta a oltranza contro di essa; è forse anche l'opera di creatività più personale che l'essere umano possa fare nel frammento di storia che è chiamato a vivere.

In questa prospettiva, anche il concetto di guarigione deve essere rivisto, uscendo dagli schemi del recupero fisico, peraltro non sempre possibile. La guarigione, infatti, sarà sempre possibile solo se la intenderemo come il coraggio, la forza morale e spirituale di gestire la propria situazione; in sintesi, come la capacità di non farsi sopraffare dalla malattia o dalla disabilità.

L'esperienza di guarigione non rappresenta una semplice *restitutio* del benessere precedente, quanto invece l'acquisizione di un nuovo equilibrio fisico, psichico, spirituale.

d) Dall'individuo alla comunità.

L'evoluzione stessa della medicina avviene attraverso un processo accelerato che non coinvolge più solo la categoria degli scienziati e dei ricercatori, ma tutta la società, chiamata a confrontarsi sulle implicazioni etiche, religiose e politiche dell'incessante sviluppo dell'innovazione in campo medico.

La persona non è un essere isolato, ma inserito in una comunità e nell'ambiente, per cui la salute è promossa da un sistema complessivo che promuove il benessere di una comunità che ha cura di sé. Del resto, nell'esercizio della professione si tende ad operare secondo una prassi che si avvale oggi sempre più di concetti organizzativi quali la «rete» o l'«integrazione dei servizi», come avviene ad esempio nell'assistenza all'anziano o al malato oncologico. Quasi a dimostrare che la risposta ai bisogni di salu-

te non può derivare esclusivamente dalla competenza del singolo – competenza e conoscenza che non può essere certamente sottovalutata –, ma da un agire a corpo, collettivo²⁴.

Oggi tra l'altro appare sempre più evidente che lo stato di salute di una popolazione non dipende esclusivamente dalla medicina. Ad esempio l'economia gioca, è sin troppo ovvio riconoscerlo, un ruolo fondamentale nel determinare il livello di salute di una popolazione²⁵.

CONCLUSIONI

Che conseguenze ha tutto ciò nello scenario assistenziale di oggi?

Prima di tutto comporta di progettare diversamente la ricerca, la scienza, la professione, la sanità.

La ricerca può arricchirsi dei contenuti dell'epidemiologia, orientandosi non solo a spingere l'analisi del corpo fino al molecolare, ma anche a riflettere sull'ambiente di vita e sulla società di cui l'uomo – sano o malato – fa parte; a considerare le potenzialità che la dimensione spirituale della persona può comportare anche sulla salute psicofisica.

Per quanto riguarda la professione, come si è detto, occorre superare un approccio scientifico che vede il medico, o qualsiasi altro operatore sanitario, asettico osservatore di fenomeni biologici e dispensatore di farmaci e interventi disponibili. Il camice bianco, esaurita la sua originaria funzione di indumento con finalità igieniche, ormai resiste come simbolo di status e spesso come difesa con-

²⁴ C. Canavese, *La sanità: riflessi nella vita sociale e culturale*, in *Atti del Congresso Internazionale "La salute dell'uomo oggi: un equilibrio raggiungibile"*, cit., pp. 69-70.

²⁵ G. Domenighetti, *Economia e medical humanities: un connubio possibile?*, in R. Bucci (ed.), *Manuale di medical humanities*, Zadigroma, Roma 2006, pp. 216-220.

tro il coinvolgimento emotivo che inevitabilmente la sofferenza provoca. Non è facile guardare la sofferenza, coinvolgendosi senza sconvolgersi. Poterlo fare richiede di aver già guardato la propria paura del dolore e della morte. Non penso sia necessario averla sconfitta, impresa eroica alla portata di pochi. È sufficiente poterne sostenere la vista con compassione, con partecipazione, operando senza senso di sfida, senza voler dimostrare la propria forza o quella della propria scienza, mettendo semplicemente a disposizione quello che si sa, le risorse tecnologiche come le parole. Ogni strumento terapeutico va bene, purché funzioni.

E in un tale contesto, ogni operatore sanitario nel suo lavoro è chiamato a suscitare e a promuovere la partecipazione attiva della persona assistita alle scelte di salute e di cura, richiedendo l'esercizio attento delle capacità relazionali del singolo operatore e dell'intera *équipe* medico-sanitaria.

Ma ancora, occorre anche un realistico approccio alla medicina. Un aspetto che non sfugge, neanche al più sprovvveduto dei pazienti, è il fatto che la scienza medica non dispone di una verità chiara, univoca, semplice. Essa non produce certezze, ma produce ipotesi, dubbi, angosce. Nonostante i suoi progressi la medicina moderna rimane, pur sempre, la scienza dell'incertezza.

Ancora, la medicina del futuro dovrà essere sempre più una medicina di prevenzione, ricordando che «poiché essere sano è generalmente preferibile ad essere malato e venire successivamente guarito, la prevenzione è intrinsecamente egualitaria in quanto abolisce radicalmente la differenza tra chi è sano e chi è malato»²⁶, almeno per quanto umanamente possibile.

Certo, se si esamina attentamente la lista degli argomenti di un testo di medicina, appare chiaro che di molte di esse non si conosce ancora la causa. Devono esistere delle cause che le provocano e, se le si conoscesse, si potrebbero prevenire le malattie; ma questo fine auspicabile non è ancora in vista. Ma l'ignoranza di una causa specifica di per se stessa non esclude la possibilità di un'azione preventiva. Si ricordano ancora gli enormi benefici per

²⁶ R. Saracci, *Epidemiological strategies and environmental factors*, in «International Journal of Epidemiology», 7 (1978), pp. 101-111.

la salute pubblica ottenuta dai riformatori del XIX secolo le cui misure igieniche avevano anticipato la conoscenza dei batteri e della tossicologia. Allo stesso modo, oggi, si potrebbe supporre che le misure per migliorare l'alimentazione nazionale e per ridurre le inegualanze socioeconomiche dovrebbero apportare dei benefici corrispondenti alla salute di una nazione, perché anche se molte delle spiegazioni specifiche tuttora sfuggono, si sa che tutte le maggiori cause di cattiva salute pesano molto di più su coloro che sono socialmente svantaggiati²⁷.

In conclusione, nelle *Leggi* Platone contrappone il comportamento del medico degli schiavi a quello dei liberi. Il primo agisce meccanicamente utilizzando pratiche terapeutiche senza stabilire un rapporto comunicativo con i pazienti, non approfondisce le cause della malattia nel singolo individuo, prescrive ciò che reputa adatto senza far partecipare il paziente alle decisioni (approccio che si è già definito «scientistico» e «paternalistico»). Il medico dei liberi, invece, studia la malattia e la analizza nelle sue specificità e caratteristiche nel singolo individuo, informa il malato, cerca di consigliarlo e ammaestrarlo, adegua le cure alla peculiarietà del paziente (approccio in cui si fonde «scienza» e «arte»).

Dovrebbe essere questa la prospettiva antropologica ancora valida. Se pur la medicina è cambiata e cambierà, non è cambiata, forse, l'umanità del paziente e del medico.

FLAVIA CARETTA

CONTENTS

Medicine is more than simply a scientific discipline since it cannot avoid questions that science itself cannot answer. From its

²⁷ G. Rose, *Le strategie della medicina preventiva*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2001, p. 92.

very beginning it has had to treat people according to particular value systems while, at the same time, relating treatment to specific social and cultural contexts. Hence the relationship between doctor and patient is the historical nucleus of medical practice. The art of healing has its own tradition, vocation, culture. Technology, within this culture, is a means to an end, and the good of human beings is that end. Medicine is not only a science dealing with nature, but a science dealing with the spirit in its relation to nature, because health or illness are not just biological phenomena but also psychological, spiritual, social. In today's world, where medicine appears to have achieved a maximum in its ability to produce an analysis, it often displays a minimum in its ability to produce a synthesis – giving rise to the clear need for a new look at anthropology.