

## Curare chi cura

Massimo Petrini

Un sottile disagio può pervadere chi si trova a introdurre un discorso sull'arte medica senza averne il titolo accademico: quasi a voler penetrare in un luogo in cui non si ha autorizzazione alcuna, se non quella di una quarantennale pratica professionale a confronto in simultanea con entrambe le prospettive, quella del medico e quella del paziente. Eppure al di là di una legittimazione che derivi da un sapere scientifico e da una specifica professione, il rapporto tra questi tre termini - il paziente, il medico e l'arte della cura - chiama in causa ogni uomo e ogni donna. Il diventare un malato e quindi un "paziente", è una possibilità che appartiene alla natura umana, in quanto mortale e vulnerabile<sup>1</sup>.

Consultare un medico, in questo caso, significa necessariamente iniziare con questi una relazione che investe la dimensione fisica e la dimensione emozionale e relazionale.

Una relazione che si può così descrivere: "Due viandanti si incontrano sulla strada della vita: uno porta i suoi bisogni, le sue necessità, i suoi dolori ad un altro che ha studiato per aiutare, dichiara di essere capace di aiutare, è autorizzato a dare questo aiuto. E' l'incontro tra il paziente e il medico. Il medico risponde esaminando il paziente, prescrivendo esami di laboratorio, farmaci, cambiamenti di vita, eventualmente un intervento chirurgico, nella prospettiva di una possibile guarigione"<sup>2</sup>.

E' questa certamente una visione riduttiva, ma vuol evidenziare le modalità con le quali oggi si considera generalmente l'assistenza medica, nei programmi delle facoltà universitarie e nei testi e nelle riviste scientifiche.

Quello che si può evidenziare in questo incontro, freddo e distaccato, è la primaria preoccupazione per il paziente, per la sua patologia, per la sua terapia, per la sua prognosi, ma l'unico interesse è per la dimensione fisica del paziente.

In altre parole un uomo o una donna sani - il medico - incontra un uomo o una donna - il paziente, che si dichiara malato. Un uomo o una donna sani - il medico - che se pur interrogato dal volto del malato che rispecchia una comune umanità, riafferma questo

---

<sup>1</sup> Cfr. Gensabella Furnari M., *Prefazione*, in Id. (a cura), *Il paziente il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005, p. 5

<sup>2</sup> Caretta F., Petrini M., *Accanto al malato Lineamenti di assistenza sanitaria e pastorale*, Città Nuova, Roma 1995, p. 58

suo stato di piena salute rapportandosi al paziente senza alcuna implicazione personale, considerata un ostacolo per un agire scientifico e professionale.

Questo atteggiamento, che pretende di essere distaccato e impassibile anche di fronte ad un'esistenza umana sofferente, è il frutto di una formazione professionale tecnico-scientifica che ha costruito il proprio potere sull'estromissione della soggettività umana - trascurando il vissuto dei pazienti, ma anche quello degli stessi operatori.

Ma è tutto vero come appare? Ignorare problematiche psicologiche e spirituali non significa che queste non esistano. La convivenza quotidiana con le situazioni di dolore, di sofferenza può suscitare numerosi e ambivalenti sentimenti, anche inconsciamente, non sempre facili da riconoscere o da accettare. Accanto a sentimenti di compassione e pietà generati dalla sofferenza dell'altro, possiamo trovare anche sentimenti di repulsione, paura, rabbia, ansia, evocati per esempio dalle grida strazianti o dai lamenti incessanti.

Nella realtà, ogni domanda di cura racchiude non soltanto una semplice richiesta di aiuto tecnico in vista del recupero della salute, ma anche una esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significherebbe ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto tra medico e paziente in una prestazione di servizi, senza tener conto che esso è in primo luogo attenzione ad una persona. La medicina, pertanto, non è solo un sapere, né solo una tecnica e neppure la sintesi di entrambe. E' una relazione interumana che sorge per un bisogno, quello della cura e per l'offerta di un aiuto tecnico: come tale, essa ha ai due poli due soggetti, il medico e il malato, che, in quanto persone, hanno un bisogno essenziale di comprendersi e di comprendere. Il medico deve comprendersi nella propria responsabilità professionale e comprendere il paziente nei suoi vissuti e nelle sue richieste; il malato deve comprendersi nella propria situazione di fragilità e comprendere il medico nella sua volontà di aiuto<sup>3</sup>.

Tra scienza medica e medicina vi è una differenza sostanziale: la prima considera l'uomo come oggetto di indagine, studiandone i processi fisiologici attraverso l'osservazione, il confronto, il controllo. La scienza medica diventa medicina solo quando è finalizzata a promuovere la salute attraverso la cura, ossia quando si rivolge all'uomo non più come oggetto, ma come soggetto. Pertanto la si è definita come una teoria pratica sulla realtà umana, ossia non la semplice applicazione di una tecnica,

---

<sup>3</sup> Russo M.T., *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*, Vita e Pensiero, Milano 2006, p. 8

quella della cura, a un soggetto passivo, ma un incontro interpersonale che coinvolge il medico e il malato, modificando entrambi<sup>4</sup>.

Il rapporto medico - paziente può essere considerato in molteplici prospettive, accanto alle prospettive culturali, sociologiche, psicologiche, cliniche, etiche qui si vuol considerare la prospettiva della comune cittadinanza umana.

In questa prospettiva, allora, il rapporto medico paziente si può considerare esclusivamente nell'ottica di un paziente malato? Il medico è veramente "sano", tenuto conto che una stessa umanità contraddistingue il medico e il paziente?

Questa situazione umana comporta i limiti derivanti dalla stessa natura umana, condivisa sia dall'operatore che dal paziente, e pone ambedue su un piano di uguaglianza. Anche per il medico esiste la possibilità di ammalarsi, anche il medico ha la certezza della morte. Ma ancora, la salute non è solo l'assenza di malattia. Essere in salute significa essere in armonia con se stessi, con gli altri e con l'ambiente: sia l'ambiente naturale, sia quello socio-culturale, e non certamente per ultimo, per molti è anche un buon rapporto con il Trascendente.

Uno stato di salute che è momentaneo, che si perde e si riacquista nel corso della vita quotidiana. Ma ancora, quali esperienze di malattia, di disabilità, di vecchiaia, di morte hanno segnato l'esperienza personale del medico? Ma ancora, che significato dà il medico alla sofferenza che incontra quotidianamente in un bambino, in un anziano, in un morente?

E in senso più generale, che risposte si danno a domande quali: "Ha un senso questa sofferenza umana? Che senso ha nella vita dell'uomo? Quale è il senso del mio lavoro?"

Risposte così importanti che esiste il rischio che l'incontro con la vulnerabilità e la fragilità dell'altro possa diventare un peso eccessivo, addirittura intollerabile quando si è soli a sopportarlo, e possa indurre atteggiamenti di fuga o al contrario tentativi di risposte onnipotenti.

Se il contesto lavorativo, ma forse anche la condivisione del paziente, non offrono il giusto supporto per elaborare il carico emotivo, il rischio di cadere nella sindrome del burn-out è molto elevato. Come è noto, può cominciare a manifestarsi come una forma di esaurimento, caratterizzata da stanchezza e logoramento unite a una demotivazione per il proprio lavoro e a un inaridimento emotivo nel rapportarsi con gli altri, fino a

---

<sup>4</sup> Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy of the Healing Professions*, Oxford University Press, New York 1981, p. 173-174

degenerare in sentimenti di indifferenza o addirittura di ostilità, cinismo e rabbia verso la sofferenza di chi ha bisogno di cure.

Una sofferenza che imprigiona e condiziona il paziente, che molte volte però ha la prospettiva di uscirne, mentre per il medico costituisce lo sfondo quotidiano della sua vita professionale.

Una sofferenza che è un elemento di crescita nella storia di un uomo o di una donna. Questa affermazione non vuol essere una esaltazione della sofferenza - atteggiamento scorretto anche in una prospettiva religiosa - ma ne è piuttosto una lettura razionale: il momento del dolore è un momento di straordinaria verità che costringe chiunque a porsi quesiti ineludibili nei confronti del senso della propria vita. Se si vuole incontrare il dolore degli altri si deve anzitutto riconciliarsi con il dolore che è dentro di noi. Per poter curare, nel senso più ampio del termine, si deve prendere atto del proprio bisogno di essere curati.

La considerazione del dolore, così come quella della propria morte, non sono soltanto la condizione per comprendere il dolore dell'altro, ma sono anche il presupposto per capire le condizioni estreme della vita e i suoi significati: soltanto l'ascolto e l'accoglienza del malato può offrire risposte sensate su cosa è meglio e cosa è peggio fare, su cosa è giusto e su cosa no, cosa più opportuno e cosa meno<sup>5</sup>.

Allora, il processo assistenziale può essere visto più realisticamente come un cammino insieme, per un tratto della vita, di due persone - il medico e il paziente - ferite nella loro umanità e se l'operatore può apportare conoscenze tecniche, il paziente può apportare il valore di un vissuto umano, nella possibilità e, forse, nella necessità di un reciproco aiuto.

Occorre superare l'idea che ci sia un universo di "sani" che si occupa di un universo "di malati": lo spiega Jean Vanier, fondatore di una rete di comunità per l'accoglienza dell'handicap "L'Arche" quando afferma che la comunità terapeutica è un luogo dove persone non del tutto sane si occupano di persone non del tutto malate.

La relazione di aiuto che permea le professioni di cura è fonte di emozioni e sentimenti per entrambi i soggetti che vi sono coinvolti. La richiesta di sostegno e di protezione dell'uno è invito all'altro ad uscire da sé, dai propri perimetri conosciuti per andare oltre il limite, che non è l'onnipotenza ma apertura all'incontro.<sup>6, 7</sup>

---

<sup>5</sup> Merluzzi A., *ErosAgape Un'unica forma di amore*, Edizioni OCD, Roma Morena 2006, p. 106

<sup>6</sup> Nussbaum M., *L'intelligenza delle emozioni*, Il Mulino, Bologna 2004

L'essere umano inizia a diventare persona proprio nel momento in cui si identifica nei bisogni dell'altro, vi si immedesima, e questo anche e soprattutto quando l'altro è vulnerabile, indifeso, quando l'incontro con l'altro è - nel suo grado estremo - assunzione completa dell'altro come responsabilità<sup>8</sup>.

Un altro che abita in un mondo nuovo, nel quale chiede al medico di andare, poiché tutto il suo mondo precedente è stato messo in scacco dall'evento patologico<sup>9</sup>

Ecco allora che il proverbio citato da Gesù nel Vangelo di Luca, che peraltro la tradizione accredita come medico, "Medico cura te stesso.." assume un significato che va oltre l'interpretazione puramente esegetica.

Significativa è, in questo ambito, la figura di Chirone, che apprese da Apollo l'arte di guarire e la trasmise ad Asclepio, ma fu portatore egli stesso di una ferita inguaribile così da essere "archetipo di colui che cura e nel contempo presenta una ferita che non si rimargina mai. La figura di Chirone tiene insieme questa duplicità: la cura rivolta verso altri nel contempo richiede cura per sé. Curando le ferite altrui, Chirone in parte allevia la propria ferita"<sup>10</sup>. Emblema della strutturale fragilità della medicina, dove la possibilità di curare è condizionata alla capacità di percepire la propria ferita, vale a dire alla conoscenza del limite e alla disposizione a imparare da esso.

Tutto quanto detto sulla relazione con il paziente però, non ha esclusivamente un valore umano, psicologico ed etico, ma deve essere considerato anche nella prospettiva di una migliore pratica professionale. Già nella concezione platonica della salute dell'uomo considerato in senso globale, si affermava che, come non si può curare un organo o una parte del corpo umano se non tenendo sotto controllo il corpo nel suo insieme, così non si può curare l'uomo nella sua interezza senza curare anche l'anima. "Curare anche l'anima" significa rispondere agli interrogativi del paziente. Ogni incontro con la malattia suscita nel paziente interrogativi sul suo futuro, sul significato della nuova situazione di vita e sulla realtà della morte. Il medico dovrebbe aiutare il paziente a dare un senso alla realtà della malattia a cominciare dal dare la sicurezza di una vicinanza assistenziale.

Ma ancora, in tempi molto più recenti, si è affermato che senza la persona non si può capire la malattia; senza la persona non si può realizzare la guarigione. Forse si può

---

<sup>7</sup> Spinsanti S., *Curare e prendersi cura. L'orizzonte antropologico della nuova medicina*, CIDAS, Roma 1998.

<sup>8</sup> Merluzzi A., *ErosAgape Un'unica forma di amore*, Edizioni OCD, Roma Morena 2006, p. 105

<sup>9</sup> Cf. Cattorini P., *Malattia e alleanza*, A.Pontecorboli, Firenze 1994, p. 29

<sup>10</sup> AA.VV., *La ferita del centauro*, Moretti e Vitale, Bergamo 2005, p. 87

ottenere la guarigione in senso riduttivo, intesa come restaurazione di uno status quo ante. Ma in senso antropologico pieno, la guarigione differisce dal recupero della salute come stato precedente e comprende variabili quali l'aumento di consapevolezza, il cambiamento dello stile di vita, l'acquisizione di una conoscenza di sé. La guarigione, cioè, non può darsi senza la partecipazione attiva della persona

Oggi si parla molto della bioetica delle cure di fine vita: è facilmente constatabile come un miglior colloquio con il paziente sia, in molti casi, indispensabile per dirimere problematiche non altrimenti risolvibili.

Infine, l'obiettivo della guarigione fisica del paziente non può essere l'unica finalità dell'attività professionale, poiché questa spesso non è raggiungibile: basti pensare alle persone disabili, alle persone anziane con patologie croniche, alle persone nella fase terminale della malattia.

E' necessario richiamare un più realistico concetto di guarigione che dia sempre la possibilità di avere un obiettivo terapeutico. Obiettivo sempre possibile, se intendiamo la guarigione come la capacità di una persona di non farsi schiacciare dalla situazione di vita, così che abbia il coraggio, la fede, la forza di rimanere "padrone" della situazione e di saperla gestire, per quanto umanamente possibile. Allora il paziente sarà aiutato ad avere la forza di affrontare e gestire la situazione di vita minacciata dalla sofferenza, dalla disabilità, dalla morte.

Un recente romanzo italiano "Cosa sognano i pesci rossi" - ove i pesci rossi sono i pazienti chiusi negli ambienti vitrei di un reparto di Terapia Intensiva - è scritto dal Direttore di un Reparto di Anestesia e Terapia Intensiva: nel romanzo emerge la figura di un medico, "...chirurgo di discrete capacità tecniche, ancora in fase di crescita professionale: è uno di quei pochi medici che, se gli venisse posta la domanda classica "Ma perché hai studiato Medicina?", potrebbe sinceramente rispondere. "Perché volevo guarire la gente". E la risposta non avrebbe altri sottintesi, quali guadagnare tanti soldi, avere potere, diventare famosi, appagare il proprio ego o avere il proprio posto nel mondo. Invece questo medico vuole guarire la gente, punto. Gli piace la gente. Gli piace la vita. Ogni malato che non guarisce non è una sconfitta personale, è una sconfitta della vita e la vita non può essere sconfitta. Gli piace la gente perché la gente è la vita. Gli piace ascoltarla, la "gente", ed è sempre disponibile per tutti. E non è certo un

asceta o un santo e nemmeno un missionario. Gli piace curare le persone. Sembra quasi incredibile”<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Venturino M., *Cosa sognano i pesci rossi*, Mondadori, Milano 2005, p. 141