



2018

Verso la medicina post-
ippocratica: essere medico in
un periodo di passaggio

Silvia Magnani

Verso la medicina post-ippocratica:
essere medico in un periodo di passaggio

luglio 2018

Proprietà intellettuale Silvia Magnani

www.silviamagnani.it

licenza Creative Commons 4.0 internazionale



*Là fuori, al di là delle idee
di falso e giusto c'è un vasto campo:
come vorrei incontrarvi là.*

Gialal al-Din Rumi

*Ai compagni di viaggio, a quelli che mi
camminano a fianco e a quelli che mi
hanno preceduto e che mi seguono.*

Presentazione

Questo breve scritto è il risultato di un anno speso a domandarmi se avesse ancora un significato per me fare il medico e se fosse sensato continuare a fare didattica.

L'interrogarmi mi ha reso necessario rimettermi nella condizione di allievo e mi ha spinto a condurre uno studio che ha interessato prima il campo della bioetica per andare poi a impattare con violenza quello della Medicina Narrativa.

Come in ogni condizione di apprendimento ho incontrato compagni di viaggio straordinari e nuovi maestri. Tutto ciò che ho imparato lo riassumo qui, insieme ai propositi che mi sorreggono negli anni della conclusione della mia carriera professionale.

Fondamenti della medicina: dal pensiero ippocratico a oggi

Fondamento della medicina ippocratica è la convinzione che la malattia non sia data dal dio per volere imperscrutabile, per punizione di una colpa o per semplice invidia malevola e che per l'uomo sia possibile (anche se non in tutti i casi) trovare una relazione di causa-effetto tra un evento e una manifestazione patologica. Una tale medicina, anche se non può sanare tutti i mali, almeno dispensa dal male evitabile, quello appunto dovuto alla ignoranza.

Teorizzando questo, la medicina, in nome della ragione e della possibilità di applicare, anche al campo patologico, le categorie della logica¹, si qualifica come un vero e proprio affrancamento dal sacro, da quella “religione della cura”, le cui pratiche erano i sacrifici propiziatori di salute.

Il valore della prassi

Una medicina di questo tipo deve necessariamente appoggiarsi a un *corpus* teorico che permetta la messa in atto di un sapere operoso e operativo. La base del suo agire (fare e saper

¹ Devo questa riflessione al testo di Galimberti “Orme del sacro” edito da Feltrinelli, del quale raccomando la lettura.

fare) è la **tecnica**, cioè quell'insieme di pratiche che, indagando le cause del male, sono in grado di mettere in atto una **prassi** che possa eliminarle (prevenzione) o, una volta manifestato lo stato morboso, predisporre dei rimedi.

Frammentazione del sapere

La medicina ippocratica prende in considerazione non la natura nella sua interezza ma le singole parti della natura e ricerca, attraverso un processo di inferenza, di relazionare un sistema di segni (σημείον) con singoli eventi, così da costituire delle «prove» della validità del sistema di inferenza stesso.

L'insieme delle conoscenze verificate va a costituire così una “natura ordinata”, sottratta all'arbitrio del dio, nella quale è possibile una ulteriore frammentazione del campo del sapere, finalizzata alla sempre maggiore conoscenza.

La medicina specialistica si configura come l'ultima evoluzione del sistema ippocratico di approccio alla eziologia della malattia e fa intuire la sua futura evoluzione: la costituzione di categorie nosologiche sempre più parcellizzate, nelle quali il corpo stesso del paziente subisce una frammentazione così radicale da doverne disperare la ricomposizione.

La ricerca delle cause eziopatogenetiche del sintomo presentato separa il campo della conoscenza in un sapere *certo* (verificabile) e un sapere *probabilistico* o avvertito come certezza solo dal singolo soggetto. A questo sapere, il sapere del paziente sulla propria malattia, nella medicina ippocratica da molti viene addirittura negato lo statuto di verità.

Il sapere del soggetto

La conflittualità tra i pochi sostenitori della presenza di verità anche nel vissuto individuale e i sostenitori della necessità di una verificabilità come base di qualsiasi forma del sapere permea di sé tutto il secolo scorso.

Lo sviluppo della psicologia e della psicanalisi inasprisce il dissidio e dà luogo, nella medicina ippocratica, alla contemporanea presenza di due diverse visioni della malattia. Una, strettamente organicista, si rifiuta all'ascolto del sentire individuale, scotomizzando il significato che il corredo sintomatologico può avere per il soggetto al di là dei puri aspetti fisiopatologici. L'altra, attribuendo all'espressione organica il valore di un linguaggio simbolico, interpreta i sintomi come rilevatori di malessere psichico che sta al medico interpretare e portare alla coscienza del soggetto.

Inevitabile conseguenza di questo è la presenza attuale di una dicotomia non risolta in ciascun medico: subire il richiamo di una obiettività priva di incertezza e contemporaneamente avvertire la presenza di istanze del tutto soggettive come altrettanto causali della malattia.

Merito della medicina post-ippocratica è il non negare questa intrinseca conflittualità e il non interpretarla come contraddizione ma come presenza di entrambi i fattori nell'umano: il biologico e lo psichico, influenzanti, anche se in modo diseguale, sia la comparsa della malattia sia il processo di guarigione.

L'esatto procedurale sostituisce il giusto

Accanto a questo atteggiamento rispettoso della soggettività, che ha portato allo sviluppo della Medicina Narrativa (NBM), nella medicina contemporanea si è però radicalizzata ed

estremizzata la tendenza opposta, che vede nella valorizzazione esclusiva del dato sperimentale l'unico criterio che guida la prassi.

L'enfasi sul dimostrabile e verificabile sta conducendo alla deriva etica con l'identificazione del *giusto* (criterio etico per eccellenza) con l'*esatto* delle procedure, indipendentemente dal benessere del singolo.

La svalutazione sistematica del vissuto di malattia (*illness*) e l'attribuzione di verità solo alla *disease*, cioè all'insieme dei segni verificabili strumentalmente ne è l'inevitabile effetto, cui consegue la riduzione del paziente all'elenco dei sintomi obiettabili e la mirata attenzione del sanitario ai soli dati misurabili, sino alla identificazione del malato con la categoria nosologica di appartenenza.

Conoscere il come e interrogarsi sul senso

La medicina post-ippocratica conosce sempre meglio il *come* ma fatica ad interrogarsi sul *senso*. E' in grado di ricostruire cronologicamente la fattualità del manifestarsi della malattia e di prevederne l'evoluzione ma si ferma impotente quando il paziente (e spesso anche il medico) cerca di dare significato all'evento, cerca cioè, oltre a un *come*, un *perché*, che non può che rimanere sfuggente a ogni visione che si limiti alla semplice obiettività.

La medicina basata sulla sola competenza prassica ed esattezza procedurale, nella costituzionale incapacità di interrogarsi sul proprio operato, rischia di ritenere <i>giusto</i> , quindi buono e desiderabile, ciò che è <i>fattualmente possibile</i> , indipendentemente dalla liceità e dall'impatto sulla vita del singolo soggetto.

Nella reiterata ricerca del legame causa - effetto la medicina post-ippocratica rischia di perdere inoltre il valore della anamnesi, confinandola alla vuota cronologia, e impedisce al malato di inserire la sofferenza attuale in un orizzonte di senso che trae le proprie ragioni dalle radici stesse della storia individuale e della famiglia.

Nei confronti delle malattie gravi si perde così quella possibilità ricostruttiva della propria vicenda umana che sola può garantire l'integrità dell'io quando la prognosi è infausta.

La necessità del mito

La ricerca del dato obiettivo e il ricorso ai protocolli spersonalizzati di terapia sostengono la medicina contemporanea nel processo di affrancamento completo dalla visione mitica del male corporeo, cosa non riuscita del tutto alla medicina ippocratica, che nei primordi, per ignoranza delle cause e degli effetti, riduceva spesso la terapia a regimi alimentari, ad astensioni, a bagni e a pratiche del corpo.

Così facendo però la post-ippocratica sta negando un bisogno radicalmente connaturato all'umano: trovare una spiegazione per ciò che alla ragione ancora sfugge. Ma, come sempre nella storia, ciò che viene negato o proibito, se è necessità vitale, riemerge. Relegato nella non credibilità, il mito non riconosciuto si vendica, ricomparendo come terapia alternativa e infondata, come integratore inutile ma di libera vendita, come omeopatia, come campagna antivaccinale.

Una scienza che rifugge dal mito, relegandolo nel luogo del «non sapere», è una scienza che si vede rivoltare contro i suoi stessi fruitori.
--

Nonostante la tecnica sia la maestra del medico e lo strumento per contrastare la malattia, è indubbio poi che alcune patologie hanno origini nel mito e che nel mito (quello personale del paziente) dobbiamo addentrarci per comprenderle e risolverle. Infatti, se ci ostiniamo a pensare che la ragione (la nostra capacità di *reddere actionem*) sia paragonabile solo alla capacità di separare in parti uguali la realtà, attribuendo il giusto a ciascuna (la quota di verità ad ogni cosa) e che l'atteggiamento tecnico sia il suo unico strumento, siamo impossibilitati a curare alcune categorie di patologie come le malattie psicosomatiche e le nevrosi da conversione, perché, per comprenderle dobbiamo rifarci a un linguaggio prescientifico: il linguaggio simbolico.

La terapia

θεραπεία in greco significa processo o strada di guarigione. Essa quindi non indica un insieme di farmaci ma una **pratica**, un succedersi o un accompagnarsi di azioni.

In altre parole il termine Terapia, nella sua accezione più nobile, è identificabile con “buona pratica medica” e sta a indicare che **la cura prevede una capacità che si apprende**.

In quanto prassi la terapia non è qualcosa che il medico prescrive ma qualcosa che il medico fa.

Ippocrate andando così a identificare tre diverse aree dell’agire medico, definiva come elementi inderogabili dell’atto terapeutico:

1. il tocco
2. la parola
3. il farmaco.

Il tocco

Il tocco frontale

Il termine ci riporta alla realtà organica, al corpo del paziente (che è toccato) e a quello del medico (che tocca). Toccare e toccarsi sono segni di intimità fisica estrema, che prevedono un consenso al contatto da parte del malato, che ne mette a nudo la fragilità somatica.

Il malato è inevitabilmente *esposto* alle mani che diagnosticano, attraverso un processo di conoscenza percettiva più che intellettuale, così come è esposto alle mani che curano, causando magari dolore e disagio.

Nel toccare in questo modo il medico è sempre «di fronte» al malato.

Nonostante questo tocco ippocratico possa presentarsi come invasivo o addirittura lesivo è pur sempre una forma di offerta del proprio corpo al corpo dell'altro. Una forma di contatto che, mentre invade l'intimità, pur sempre presenta il medico come essere umano, dotato della medesima fragilità creaturale del proprio paziente.

Nel periodo post-ippocratico il contatto col corpo del malato è quasi del tutto sostituito dalla visione di singole parti di quel corpo mediante la radiodiagnostica o dalla valutazione dei parametri biologici e dei dati biometrici. Ciò che si affaccia alla fisicità del malato e che entra in contatto con esso è ormai il solo strumento endoscopico che fornisce, nella precisione di ispezione del particolare interno, una scotomizzazione dell'intero, alla presa visione del quale si abdica in favore della frammentazione della conoscenza.

Il tocco che ascolta: toccare senza giudicare

La medicina contemporanea, se ha perso il toccare diagnostico, può però ritrovare un tocco che non indaga (la malattia) ma che «conosce il malato», non nella sua realtà più organolettica ma in quella più sottile di unione mente-corpo: nella sua realtà psichica.

È il tocco che, mentre sfiora, «ascolta» la reattività dell'altro, ne coglie la paura, il sentimento e ne interpreta l'attesa. È il *tocco armonico*, ora proposto in qualche ospedale per le cure palliative e il fine vita.

In questo modo di toccare il medico si pone «al fianco».
--

Il tocco che guida

Esiste infine una terza dimensione del tocco, il tocco che da contatto si fa guida e indirizzo, il tocco che permette il percorrere strade non ancora conosciute, perché, mentre promuove, rassicura e accompagna. E' l'operare del fisioterapista, dell'educatore Feldenkrais e di Tecnica Alexander, del logopedista.

È toccando in questo modo che il medico si pone «dietro»
--

La parola

Per molto tempo abbiamo pensato che questo aspetto della terapia fosse identificabile con il counselling, cioè con il colloquio che indirizza e comprende.

In realtà la *cura attraverso la parola* permea tutto il percorso di terapia, presentandosi come:

1. l'informazione (della metodica di indagine, di quanto diagnosticato, della prognosi);
2. la rassicurazione (di avere compreso, di disporsi all'aiuto);
3. l'indicazione (della strada terapeutica, la costruzione di una storia condivisa di guarigione);
4. il chatting (l'introduzione benefica della quotidianità del colloquio);
5. il racconto di sé e l'autoesposizione (la testimonianza di appartenere allo stesso universo etico e di condividere la medesima fragilità).

La riduzione e l'eccessiva formalizzazione della parola nella medicina contemporanea sono una delle derive più gravi. Esigenze di produttività dell'azienda sanitaria, scarsa preparazione del medico alle pratiche relazionali nel percorso universitario, burocratizzazione del rapporto medico-paziente relegano la parola al ruolo di serva del bisogno.

L'informazione viene sostituita dalla richiesta del consenso informato, priva spesso di quelle notizie basilari sulle quali il consenso dovrebbe basarsi.

Il colloquio anamnestico viene sostituito dalla richiesta di elencazione di sintomi in successione temporale, nel rifiuto dell'ascolto dei correlati emotivi, delle conseguenze sociali e famigliari che la malattia porta con sé.

L'indicazione e la rassicurazione si concentrano nell'atto prescrittivo.

Il chatting viene proibito perché riconosciuto estraneo alle esigenze terapeutiche e ridicolizzato. Il medico stesso si chiude alla relazione impedendosi così di trarre qualsiasi vantaggio personale dall'incontro.

La parola ha bisogno di tempo, il discorso necessita di un fluire di pensiero e il racconto del paziente, per potersi dipanare, richiede il silenzio del medico.

Silenzio, tempo, ascolto sono relegati alla medicina privata e all'arbitrio stesso di chi la esercita.

I farmaci

Il potere terapeutico della farmacologia è simbolizzato dal caduceo mercuriale sul quale, opposti e simmetrici, si avvolgono i due serpenti: quello dal potere beneficante e quello dal potere maleficante, a simboleggiare la doppia realtà di qualsiasi sostanza venga assunta: curare e danneggiare. Mercurio, che ne è il proprietario, vola coi piedi alati, reggendolo con mano salda.

Ερμής, protettore dei viaggi, dei cambiamenti, dei ladri, della comunicazione e accompagnatore delle anime nel regno dei morti, nella sua forma di Έρμής ὁ Τρισμέγιστος è un «derivato mercuriale» della Grecia preclassica, divinità portatrice di sapienza e depositaria del sapere occulto (ermetico appunto).

L'iconografia greca del potere della terapia farmacologica è quindi esplicita, essa afferma che la farmacologia:

1. fa male e fa bene;
2. viene direttamente dal Dio (il sacro che emerge);
3. il dispensarla necessita somma sapienza ma tale sapienza è occulta (o riservata e misterica);
4. colui che la porta al malato è a sua volta di identità incerta: ladro e protettore, accompagnatore alla morte e salvifico;
5. la farmacologia è connotata dall'urgenza.

La medicina post-ippocratica non si discosta molto dalla modalità precedente di scelta e somministrazione se non nelle cure antiblastiche, gli effetti collaterali delle quali spesso non sono proporzionali all'esito beneficante sul singolo soggetto.

Medicina in prospettiva sistemica

In una prospettiva sistemica il medico, il paziente e la famiglia sono entità interagenti che possiedono, in vista di un obiettivo comune, atteggiamenti soggettivi, che nella relazione occorre armonizzare.

La medicina ippocratica riconosce ruoli ben differenziati a questi tre elementi, identificando nel medico *colui che sa*, conosce e quindi decide e nel paziente *colui che deve affidarsi*, attribuendo alla famiglia una generica funzione di supporto.

Il paternalismo è stato per secoli ciò che ha segnato la medicina di ispirazione ippocratica, portando con sé molti vantaggi (primo tra tutti la univocità della decisione terapeutica) ma anche considerevoli svantaggi, quali l'atteggiamento delegante e la deresponsabilizzazione del malato.

Dagli anni 80 nuove correnti di pensiero hanno portato a una vera e propria ridefinizione del sistema. Esse caratterizzano oggi la medicina post-ippocratica. Di queste ne analizzo due, a mio avviso le più rilevanti e innovative, nella prospettiva sociale attuale.

Il diritto di sapere

Il paternalismo medico di matrice ippocratica si preoccupava, oltre che di curare, di non indurre il malato in una possibile situazione di prostrazione, generata dalla conoscenza della natura del proprio male e della prognosi. Era la famiglia in questo caso ad essere investita del carico di custodire la verità mentre al paziente, nella speranza di favorirne il benessere, si forniva una versione edulcorata, se non addirittura menzognera, del suo stato.

La regolamentazione, anche burocratica (consenso informato), della relazione sanitaria ha portato, con un brusco cambiamento della modalità comunicativa, in primo piano il diritto del singolo e ha enfatizzato la libertà del paziente nella scelta delle manovre diagnostiche e dell'indirizzo terapeutico.

La medicina post-ippocratica è caratterizzata da un paziente *per legge* consapevole della propria situazione, dello stato di avanzamento della ricerca terapeutica e di conseguenze, vantaggi, rischi che ogni azione, diagnostica o curativa, può comportare.

Questo mettere su uno stesso piano di conoscenza medico e paziente annulla ogni possibilità di presa in carico paternalistica, chiamando il malato ad essere protagonista della propria vicenda patologica.

Negli anni appena trascorsi si sono andate delineando, in rapida sostituzione delle une con le altre, teorie relazionali sempre più centrate sul **principio di responsabilità**, sino ad arrivare alla formulazione prima del concetto di *compliance* terapeutica (basata sull'assunto che una corretta informazione rende il paziente "adattabile" alle richieste del curante), poi quello di *alleanza* terapeutica (fondata sulla finalizzazione dell'operato del medico e del paziente a un unico scopo: la guarigione), infine quello di *negoziiazione* terapeutica (nel quale alla informazione del paziente viene sostituita la

corresponsabilità di questi nella buona riuscita del progetto di cura).

Il medico post-ippocratico ne esce meno autorevole (a causa anche della informazione che il paziente si procura da altre fonti, spesso contraddittorie) e può essere tentato da comportamenti disfunzionali, quali l'utilizzo di un linguaggio volutamente oscuro, la messa in atto di una modalità comunicativa poco accogliente, l'atteggiamento volutamente distanziante.

In realtà la responsabilizzazione del paziente, caratteristica saliente della modalità di cura post-ippocratica, è una splendida occasione per ridurre il contenzioso legale (più il paziente è informato meno sarà recriminante), per migliorare la relazione (più il medico è obbligato a spiegare e a concordare più otterrà compliance), per chiarire, concordare e pianificare le tappe procedurali.

Il valore delle storie di malattia

La ripresa della riflessione fenomenologica e la sua applicazione agli ambiti della cura è il secondo elemento in grado di agire oggi come fattore di implementazione della competenza medica.

La riflessione si costituisce come pensiero divergente rispetto alla modalità procedurale tipica della medicina ippocratica.

L'origine della riflessione e la diversa episteme

Già Husserl aveva teorizzato la impossibilità di una conoscenza totale del *fenomeno*, trovandosi sempre, in ogni conoscenza sensoriale, un aspetto non coglibile della realtà che ci viene presentata, aspetto che occorre presupporre, anche se ne è impossibile la prova. Sempre Husserl aveva differenziato la conoscenza del fenomeno fisico dalla conoscenza di un soggetto

umano e invocato, per la comprensione di quest'ultimo, la necessità di una episteme non solo di tipo logico formale (applicabile a tutti gli individui purché nelle medesime condizioni) ma di tipo storico narrativo, che consideri i fatti inseparabili dalla storia soggettiva e giunga alla loro comprensione attraverso la ricostruzione, narrativa appunto, della vicenda del singolo.

Uno dei confini tra medicina ippocratica e medicina post-ippocratica, continuamente ridefinito, è dato dal diverso valore attribuito alle due forme di episteme.

- La medicina ippocratica, nella sua ricerca delle cause, nella sua negazione del sacro e nello statuto di verità dato unicamente all'oggettivabile e verificabile, riconosce il solo criterio logico formale come generatore di conoscenza ed enfatizza le metodologie quantitative, i cui risultati sono confrontabili in termini numerici. Il frutto di una tale scelta è la medicina delle evidenze (EBM) data come unico criterio orientante nella diagnosi e nella terapia.
- La medicina post-ippocratica, pur riconoscendo il valore della ricerca logico formale, proprio in nome della corresponsabilità nel processo di guarigione attribuita al paziente, rivaluta la *illness*, cioè il vissuto di malattia, dando al soggetto lo statuto di *ultimo* esperto del proprio stato e alla sua voce il diritto di essere ascoltata.

La diade medico-paziente, nel pensiero divergente, è così impegnata non solo nella comprensione del come ma nella ricerca di un senso alla malattia e nella costruzione di una storia condivisa di guarigione o di sopportazione del male che sia calzata sulle esigenze del singolo.

Sempre in una visione sistemica della relazione terapeutica è innegabile lo sforzo esercitato dalla medicina contemporanea a valorizzare il ruolo della famiglia e dell'ambiente sociale come coprotagonisti della ricerca del bene del paziente. Il recente riconoscimento giuridico dei diritti della figura del caregiver è una conquista che nella medicina ippocratica era insperabile.

La prospettiva sociale

Il cambiamento della struttura familiare

La sempre maggiore durata della vita media, l'invecchiamento della popolazione, le prospettive di cura che rendono possibile la sopravvivenza di pazienti altrimenti destinati a una morte precoce rendono il problema della "cronicizzazione" della malattia una emergenza del tutto imprevista.

Il malato cronico o l'anziano demente sono presenti in quasi tutti i nuclei familiari e la medicina post-ippocratica si sta spendendo nell'allargamento della gestione del paziente dall'ospedale e dal luogo di cura al domicilio, con la necessità di dare anche agli accidentati diritto di parola e di legittimare il loro bisogno di essere ascoltati.

Sta avvenendo una vera e propria inversione di vettore. Dalla reclusione del malato nel luogo di cura, che vedeva nel mondo abitare i soli sani, si è giunti allo sconfinamento della malattia nelle singole famiglie e alla convivenza di sani e malati (anche solo di vecchiaia), con l'accrescersi e il sovrapporsi dei bisogni di tutti.

A questo si aggiunge il reclutamento obbligatorio di nuove figura (badanti) capaci di rispondere alle necessità di assistenza, se non proprio di cura, dei malati cronici e degli anziani, figure

di altra nazionalità, lingua e cultura, portatrici a loro volta di bisogni che necessitano espressione.

La Medina Narrativa, frutto del pensiero post-ippocratico, può essere un mezzo per far dialogare soggetti così diversi con i curanti e permettere un rimaneggiamento assistito della relazione familiare.

La spesa pubblica

La trasformazione delle ASL da enti assistenziali, con statuti di tipo essenzialmente etico, a enti fornitori di servizi, soggetti a regole economiche aziendali è un'altra frattura nella pratica medica e contraddistingue, questa volta tragicamente, la medicina post-ippocratica.

Il principio di beneficenza si scontra con la necessità di contenere la spesa. L'abbattimento dei costi si risolve spesso però non nella riduzione della burocrazia e quindi dell'impiego di personale amministrativo ma nella riduzione del tempo riservato al singolo paziente, sovraccaricando i medici di lavoro clinico.

La richiesta di produttività, che pesa su ogni singolo medico e operatore sanitario, annichilisce la ricerca di contatto reciproco e facilita l'accettazione passiva di regole di comportamento imposte dalla dirigenza e non dal codice deontologico.

La formazione dell'esperto della cura

La questione della formazione del personale sanitario addetto alla cura del malato, nei diversi ruoli nei quali questa si esplica, risente naturalmente dei principi fondatori della prassi medica.

La prospettiva pre-ippocratica

Una medicina che non conosca le cause e non arrivi a una identificazione del rapporto tra eventi e conseguenze, una medicina quindi strettamente vincolata al sacro (la malattia data dal dio) o al numinoso (la malattia data da potenze sconosciute), non può che contemplare pratiche di tipo sciamanico, per loro natura non insegnabili e patrimonio di iniziati o di ex-malati che, attraverso l'esperienza di malattia, ne sono diventati esperti.

La medicina sciamanica crede nella profonda unità della natura, unità alla quale appartengono gli elementi nel mondo, l'uomo e gli dei. La malattia in questa visione della vita è dovuta all'avverarsi di un disequilibrio nelle relazioni tra di essi, dovuto a un emergere disordinato del sacro e del mitico che,

strabordando dai propri confini, vanno a toccare l'uomo insinuandosi in lui.

La malattia, ben lontana dal configurarsi come punizione degli dei, si qualifica una contaminazione che il sacro opera sull'uomo andando a contagiarlo con il proprio mistero.

Lo sciamano è colui che si pone tra l'uomo e il sacro che straborda e che dal sacro si fa penetrare. La sua funzione è riequilibrare la relazione tra il primo (che dimostra la disarmonia che lo ha colpito ammalandosi) e il secondo, esercitando un'opera di purificazione dell'umano dal mistero, che viene risospinto nei propri confini.

La pratica di cura ha però come costo il prendere su sé la «malattia» del paziente, perché solo in questo «transito» attraverso il corpo dello sciamano la malattia (il sacro) può ritornare alla oscurità dalla quale deriva.

Sciamanesimo corrente

Elementi della visione pre-ippocratica del processo di guarigione e del mistero intrinseco alla malattia sono stati presenti nella medicina moderna sino almeno al 1.800, come testimonia la dizione di “male sacro” data alla epilessia.

E' evidente che in una tale visione dell'origine della malattia non è strutturabile un processo di apprendimento dell'arte della cura. La capacità di guarire è frutto di un processo di purificazione e di una iniziazione del tutto individuali, che conducono al riconoscimento in se stessi della potenzialità di intuire la disarmonia presente nel malato e di agire su di essa.

Eppure derive sciamaniche (quali l'intuizione, la capacità di proteggere il malato dal mistero dell'ammalarsi e del morire) entrano nell'attuale modalità di cura, canalizzandosi in ciò che oggi chiamiamo capacità empatica.

L'empatia infatti, preziosa risorsa del medico auspicata dalla medicina post-ippocratica, non è altro che una modalità più razionale di vedere il processo attraverso il quale la comprensione (l'accoglimento dentro di sé) del mistero del male (l'oscurità rappresentata in lui dal groviglio emozionale) può portare benefici non solo alla qualità della relazione ma addirittura favorire grandemente la realizzazione del processo di cura. La teorizzazione della empatia comporta però un e innegabile vantaggio: l'empatia si può insegnare.

Empatia, simpatia e buona relazione come fondamenti della medicina post-ippocratica

Il favorire con finalità curriculare il passaggio dalla simpatia, spontanea sensazione di vicinanza emotiva, alla empatia è un obiettivo della medicina post-ippocratica.

Un recente studio sulla capacità empatica degli studenti di medicina ha evidenziato un calo di questa dal primo anno al terzo anno di corso. Ciò lascia pensare che l'empatia naturale di un giovane (quella registrata al primo anno di studi) sia abbattuta dalla frequentazione della facoltà. Il sospetto che questa possa essere la situazione non solo degli studenti di medicina ma in generale di quelli di tutte le lauree a indirizzo sanitario è fondato e lascia incerti sulle sue cause: modalità dell'insegnamento, necessità di operare un distanziamento emotivo dal paziente, autodifesa della propria personale vulnerabilità di fronte alla malattia e alla sofferenza.

E' certo che uno studio (e qui non si può che dire ippocratico) matto e disperatissimo, finalizzato principalmente all'apprendimento mnemonico di nozioni, umilia l'intelligenza, riduce a uno stato di analfabetizzazione affettiva di ritorno e impedisce lo sviluppo del pensiero critico.

Per porre rimedio a questa deriva, nella formazione contemporanea, al corpus dottrinale delle conoscenze esatte, tipico della didattica in ottica ippocratica, si sta affiancando un ambito del tutto nuovo: la formazione alle abilità relazionali e alla capacità empatica.

Il merito di aver posto all'attenzione dei presidi di facoltà e dei direttori delle scuole di specialità l'importanza della *buona relazione* va in Italia al gruppo guidato da Vegni e Moja che nel 2.000 hanno teorizzato l'Agenda del paziente, facendo proprio il modello *patient centred* ideato da Levenstein all'interno della riflessione che ha dato vita al modello bio-psico-sociale.

Elementi della Agenda del paziente sono:

- Sentimenti,
- idee sulla malattia,
- aspettative e i desideri,
- relazioni percepite tra malattia e contesto sociale e familiare (il contesto può divenire generatore dell'agenda)

Ad essi gli autori invitano a rivolgersi nell'approccio al malato, come a una traccia affidabile per riconoscere le effettive necessità del paziente e le sue urgenze.

Cosa posso fare nel mio ambito professionale?

Mi sto interrogando da anni su come posso, nel mio limitato ambito professionale, affrontare questo passaggio dalla medicina ippocratica alla post-ippocratica e utilizzo questo scritto per una riflessione condivisa.

Medicina pubblica

Come medico la scelta più semplice è stata lasciare quasi completamente la medicina pubblica, riservando alla mia attività in ASL solo 4 ore settimanali.

È stata una decisione difficile, per me che ho sempre creduto nella medicina per tutti e a basso costo, ma motivata dalla pressione che l'azienda faceva su di me, imponendomi tempi di visita risibili per un primo incontro col paziente (15 minuti) e burocratizzando ogni atto da me compiuto, dando alla esecuzione puntigliosa e maniacale del “prescritto” addirittura un punteggio di produttività.

Prestare un'opera di cura non è per me mai stato un atto definibile in questa ottica.

L'attività privata

Nella attività privata, che non ho deciso di potenziare, ho fatto investimenti importanti per garantire la migliore diagnosi al paziente, che potrebbero costarmi un controllo fiscale, in quanto non giustificati dall'aumentare delle entrate.

Anzi queste sono addirittura diminuite, sia per la fatica che mi costa ogni visita (ho sempre più supervisioni di casi difficili), sia per l'aumento del tempo che impiego per ogni consultazione.

L'attività formativa

Il mio spazio di libertà rimane da sempre la società di formazione che gestisco con mio marito. Con essa ho avviato un progetto finalizzato alla promozione delle Medical Humanities, cioè alla diffusione di quelle competenze, tanto utili al sanitario ma disprezzate dall'ente universitario, che lo arricchiscono di facoltà essenziali alla cura: capacità critica, capacità di pensiero divergente, esperienza del confine.

L'idea di dar seguito a una formazione "alternativa" è nata dal mio assistere costantemente alla competitività che segna la relazione tra la maggioranza dei professionisti che conosco. Competitività che ritengo dovuta alla scarsa frequentazione delle discipline umanistiche, dell'arte in particolare, le sole in grado di affinare lo spirito e di affrancarlo dal protagonismo coattivo.

All'ultimo congresso, nelle ore passate in albergo ho redatto il "Manifesto per il diritto all'arte", nel quale ho auspicato per tutti la possibilità di praticare una disciplina artistica al di là dei riconoscimenti e addirittura dei risultati. Arte aperta ai disabili, arte aperta agli adulti e soprattutto ai sanitari, affinché in essa possano trovare nuovi stimoli e aiuti effettivi a sviluppare competenza comunicativa e creatività.

Dall'autunno del 2017 ho progettato laboratori artistici gratuiti nel mio studio, per favorire esperienze “di confine” ai logopedisti affinché imparassero da linguaggi sino ad allora non frequentati, attraendomi qualche risata sarcastica dalla mia famiglia e forse qualche sorriso di compatimento dai colleghi.

Con la formalizzazione dell'anno formativo ho fatto partire un corso di introduzione alla Medicina Narrativa e tre laboratori pratici di Art Therapy, i risultati dei quali ancora non posso valutare.

Questo ciò che sino a ora ho potuto fare.

Auguro a mio figlio Francesco, medico a sua volta, di trovarsi in un mondo accogliente, solidale, comprensivo e attento alla unicità dell'altro. Io me lo sono costruito e lo abito a costo di una fatica enorme, ma ne ho goduto ogni aspetto e non mi sono mai sentita sola. Isolata sì, ma sempre in buona compagnia.

Ringrazio le mie fonti

- Umberto Galimberti, al pensiero del quale mi sono molto ispirata e del quale raccomando la lettura del testo dedicato al sacro, vera pietra miliare per la conoscenza dell'argomento.
- Pierangelo Sequeri, che, dandomi una base di certezze, rappresenta da anni per me una spinta alla interrogazione e al dubbio.
- Maurizio Chiodi, bioeticista, mio maestro e amico.
- Roberta de Monticelli, le cui lezioni in rete consiglio di ascoltare.
- Rudolf Otto che nel suo libro "Il sacro" ha posto, molto tempo fa, le basi delle riflessioni future e che considero lettura imprescindibile.

Ringrazio i miei amici:

- Maria Emilia Borsacchi, che condivide con me per Nuova ARTEC l'avventura della formazione in Medicina Narrativa.
- David Rossato e Lorenzo Pierobon, coltivatori dello spirito.
- Franco Fussi, che ha generato in me la necessità di una riflessione radicale sul senso del mio lavoro.
- Il gruppo di colleghi "matto e disperatissimo" con cui ho frequentato il Master in Medicina Narrativa di ISTUD.
- Il gruppo, più silenzioso e riservato ma altrettanto sensibile, dei miei compagni al Master di Bioetica della Facoltà Teologica.
- I compagni di Artec da Camera, che abbraccio con un affetto particolare.