

Parte II

Relazione di GIADA MEDEI

Di recente la bioetica si è interrogata sul senso della cura nel XXI secolo, dopo tutti i miglioramenti registrati in ambito biomedico. Questo testo affronta il cambiamento avvenuto in ambito di cura del malato, sottolineando la necessità di un allargamento di prospettiva, ridotta ultimamente ad una prassi tecnica e tecnologica. I motivi di questo ripensamento riguardano la riabilitazione del senso di essere umano preso in tutta la sua integrità, come soggetto di cura, non solamente come oggetto di una terapia.

Sandro Spinsanti, LE *MEDICAL HUMANITIES*: UNA CURA PER LA MEDICINA.

Le cosiddette *Medical Humanities* sono sorte poco prima della bioetica e tentano di cogliere un equilibrio tra le scienze naturali e le scienze umane. Tradotto nella pratica biomedica, le *Medical Humanities* mirano ad un’attenzione più profonda alle esigenze umane per non cadere nell’eccessivo tecnicismo, compito che non compete solamente ai medici, ma a tutti gli operatori della salute. L’umanizzazione della medicina prevede una correzione del termine *Curare* che dovrebbe considerare anche l’ambito molto più ampio e importante del *Prendersi cura*, il quale presuppone la centralità del paziente nella sua condizione e la relazione di cura. Molto spesso infatti, era tendenza comune considerare il medico nella sua stretta professionalità e muovere un giudizio positivo nella misura in cui curava e guariva tecnicamente e considerando cosa di poco conto il senso umano della reciprocità e del dialogo con i pazienti; l’autore a tal proposito, pone l’esempio della serie tv molto acclamata del “*Dottor House*”, un personaggio che nelle vesti di medico, guarisce le persone pur non curandosene minimamente dal punto di vista relazionale. (p. 29).

Tuttavia l’autore non propone la traduzione italiana di *Medical Humanities* in quanto crede che possa suggerire alcuni fraintendimenti: è vero che questo termine, per la sua etimologia, rimanda ad una pretesa di umanità con la quale si valuta la professione medica, ma tale analisi può portare ad una considerazione sbagliata del medico, come del “buon samaritano” che ha a cuore la salute degli uomini, un aspetto che finisce per fraintendere il mestiere. In linea con i criteri umanistici si potrebbe dire che la medicina dovrebbe svolgere un compito di promozione della salute in senso globale, dal punto di vista sociale, politico, educativo, economico (p. 26).

Ci sono alcuni ambiti in cui l’umanità e la disumanità non possono essere presi in considerazione come criteri di valutazione della disciplina medica e questi riguardano quelle branche di medicina nelle quali si guardano i risultati: sono riportati degli esempi dell’operato di Medici senza Frontiere, costretti - per motivi non propriamente medici ma economici o culturali e politici - a scegliere alcune terapie piuttosto che altre, o a favorire la vita degli anziani rispetto a quella dei bambini (p. 27).

Definita questa prospettiva, le *Medical Humanities* apportano una nuova visione del medico e del paziente, oltre a favorire la loro relazione. Infatti, al “*buon medico*” si preferisce il “*medico buono*”, nel senso predicativo del termine. Dal punto di vista del paziente, egli acquisisce dei diritti fondamentali, ma deve anche assumersi dei doveri nella decisione del percorso di cura; ciò è chiamato *empowerment* del malato, ovvero una posizione ben chiara che pone il malato in una condizione determinante, quasi centrale, nel suo percorso di cura, chiamato a decidere e a scegliere tra le alternative offerte dello staff ospedaliero, oltre le quali non può spingersi, in quanto limite al quale il paziente è costretto ad attenersi. (p. 34).

Il rapporto tra medico e paziente, come tutte le relazioni di cura ha una natura gerarchica, in quanto implica un connubio di posizioni diverse; tali relazioni prevedono *“un potere, utilizzato in modo benefico a vantaggio di un altro”* (p. 35). Il senso dell’*empowerment* del paziente non consiste nel rovesciare la gerarchia esistente tra medico e paziente, ma permette un approccio migliore alla relazione, basandosi su diverse dimensioni: culturale, in quanto permette alle persone di acquisire maggior controllo sulla salute e confrontarsi con i medici in modo adeguato; clinica, attraverso la valutazione delle informazioni ricercate sull’azienda ospedaliera alla quale si intende rivolgersi, analizzando le prestazioni eseguite e valutandone gli effetti, i rischi e i benefici; etica, che si fonda sul principio dell’autonomia.

La nuova prospettiva auspicata per la medicina implicherebbe il confronto tra le scienze della natura e le scienze dello Spirito come già Dilthey aveva teorizzato, ponendo l’integrazione della spiegazione come percorso conoscitivo inerente alle scienze naturali e la comprensione per le scienze dello Spirito o umane che andrebbero attribuite al medico.

Si predilige infine un rapporto del medico con le arti, in quanto favorisce lo sviluppo di un profilo più umano al senso della salute e della professione intrapresa.

Renzo Marcolongo e Leopoldo Bonadiman, RELAZIONE DI AFFETTIVITÀ TRA MEDICO E PAZIENTE.

Questo scritto espone una critica rivolta al percorso formativo previsto per i medici, esclusivamente scientifico, tecnico e mirato su alcune discipline, in controtendenza con la professione che verrà intrapresa. Gli studenti che intraprendono la carriera medica si iscrivono nelle facoltà con la volontà di produrre salute e benessere collettivi, mentre una volta divenuti medici professionisti, attuano un comportamento eccessivamente tecnico, oppure finiscono per rispondere ad esigenze burocratiche o economiche più che a svolgere pratiche di cura. La medicina si fa sempre più specifica e tende ad *“aggiustare”* le parti del corpo malate, piuttosto che a curare il malato; da ciò derivano una serie di atteggiamenti scorretti: le diagnosi sono predefinite, quasi meccaniche e spesso persino non concordate con il paziente.

Inoltre si tende a credere che l’unica medicina efficace sia quella sperimentale e manualistica che si impara nelle università, subordinando ad essa gli ambiti di cura e di accoglienza negli ospedali. I medici tendono ad assumere atteggiamenti egocentrici e individuali, considerando la loro professione più importante di tutte le altre figure paramediche, non in linea con la tendenza contemporanea che considera il lavoro come un continuo interscambio tra le diverse professioni, insistendo sull’esigenza di lavori di gruppo che, secondo gli autori, dovrebbero essere presenti già nei percorsi di formazione universitaria.

Un altro aspetto importante per un ripensamento della professione medica è il ruolo delle emozioni, comunemente considerate contrastanti alle attività del medico. Gli autori sottolineano quanto sia rilevante accettare da essere umano alcuni stati d’animo provati non tanto per *“sentire con”* a livello empatico, quanto *“agire con”*, elaborando le emozioni che concorrono a formare comportamenti adeguati nella produzione e promozione della salute. In questo senso si predilige l’*Educazione Terapeutica*, il *“trasferimento pianificato organizzato di competenze terapeutiche dai curanti ai malati”* attraverso una procedura di cura che riguarda la comprensione delle conoscenze e delle competenze relative alla malattia che coinvolge i familiari e il personale sanitario, con notevoli benefici, primo tra tutti un aiuto al malato a non perdere il controllo, mantenendo il suo *empowerment* (p. 67).

In conclusione, si proiettano queste alternative intorno alla figura del malato, valutandone gli aspetti che vanno cambiati, imparando a prendersi cura dell’altro sentendo i problemi, i disagi e le vulnerabilità, analizzando le possibilità e le soluzioni possibili.

Simonetta Marucci, CURARE VUOL DIRE “PRENDERSI CURA”.

L'articolo prende in considerazione il tema della cura in senso ampio, inteso come “*il rapporto dell'uomo con il mondo e con il senso della sua esistenza*” al fine da gettare le basi per una riflessione possibile. Dall'inglese è possibile rintracciare tre termini che designano la malattia: *illness* che indica la sofferenza che provoca la malattia, *sickness* che riguarda l'aspetto sociale dell'essere malati, *disease* che indica la patologia della scienza medica. Traducendo dall'inglese *to care* indica la terapia ma in senso ampio, il curare in senso ampio inteso come prendersi cura, avere a cuore, interessarsi.

Sebbene questi termini rendano l'idea di come le tematiche di cura siano molteplici e di largo spazio, in realtà è il riferimento al greco e al latino con tutte le tradizioni a cui attingono ad avere un senso fondamentale per impostare un ripensamento: il rimedio alla malattia anticamente, consisteva in una serie di pratiche con le quali si credeva di trasferire ansie e frustrazioni ad un capro espiatorio, generalmente un animale in modo da allontanare tutti i mali. Il termine farmaco intendeva tale rimedio, ma aveva anche un secondo significato, veleno. La terapia era considerata una sorta di missione che andava oltre la semplice somministrazione di elementi che contrastavano la malattia. La cura medica, dal latino *mederi*, meditare, è riferito ad un atteggiamento razionale ma collegato ad un “*sentire*”, una sensibilità nella pratica di cura (p. 71-72). Una premessa decisiva che dovrebbe far riflettere sul rapporto tra la biomedica e le scienze umane, in maniera tale da stabilire il senso autentico della cura, molto spesso fraintesa e associata all'aspetto estetico della ricerca del corpo che si vorrebbe che genera una mortificazione del corpo e del senso del curare (p.73).

Una maggiore attenzione andrebbe conferita alla sofferenza oltre alla malattia biologica che implica tecniche sempre più specifiche perdendo di vista il senso del curare come “arte” con tutti gli aspetti umani e soggettivi che rispetto al tecnicismo sono ostacolati. Rispetto al ripristino di questa pratica ampia, nuovi approcci per i medici potrebbero essere le parole, il contatto, la comunicazione in modo da creare un rapporto in cui il paziente si affida al medico consapevole della sua fragilità, mentre il medico dal suo punto di vista diviene responsabile del paziente, accettando di “curarlo” e assisterlo fino alla morte (p.76-77). L'autrice, da questo punto di vista, non auspica ad un ritorno al passato, bensì ad un'attenzione e una riabilitazione della cura in senso ampio, corpo e mente, non più generata a partire dalla patologia del corpo. L'alleanza terapeutica propone una condivisione di percorsi e di obiettivi e presuppone una prospettiva secondo la quale il medico impari ad *essere* medico più che a svolgere una professione (p. 80).

Hatwig Wiedebach, LINEAMENTI DI UN'ETICA PATICA.

Il saggio è dedicato a Viktor von Weizsäcker, medico e antropologo il quale ha sviluppato un modello medico a partire dal termine *patosofia*, non solo titolo del testo ma anche delineazione di un atteggiamento medico alternativo, circoscrivendolo alla funzione di “*momento didattico*” (p.111) importante per trarre materiale, come esempi, strutture basilari, considerando basilare invece “*le comuni cose umane*”. La concezione della vita in questa prospettiva prevede una passività della propria esistenza come base per la conoscenza di sé e degli altri, un modello altro alla conoscenza tradizionale, che opponeva un soggetto agente e un oggetto conosciuto, bensì in opposizione a questo modello certo e rigoroso, chiama in causa la nozione di “*incertezza*” (p. 112) nel processo conoscitivo nelle esperienze umane e nel caso.

Il percorso patico si sviluppa in un percorso che prevede tre tappe fondamentali: 1) l'osservazione ontologica; 2) l'esperienza di vita generale; 3) la rinuncia personale (p. 112). Riguardo al primo momento, si ribadisce l'importanza di una conoscenza non propriamente scientifica; il secondo ammette alcune condizioni naturali che riguardano le azioni umane e la consapevolezza che alcune leggi naturali sono incontrollabili dall'uomo; in terzo luogo, si preferisce abbandonare ogni giudizio proveniente da una conoscenza certa riguardo a sé stessi e al mondo circostante, e avvicinarsi all'aspetto pratico come atteggiamento alternativo, il che consiste nel formulare una tendenza nuova che non consiste minimamente nello spostamento della veridicità

di una visione ad un'altra: innanzi tutto si tratta di agire, secondariamente giudicare in merito alla strada intrapresa.

È straordinario come l'agire patico risponda ad esigenze puramente esperienziali, dettate dalle condizioni e dagli impulsi del momento e soprattutto come risulti l'atteggiamento più consono per l'essere umano, persino quando, - una volta risposto "all'imperativo dell'ora", unica regola dell'agire patico -, il percorso è stato giudicato erroneo. L'importanza di tale modello viene conferita al percorso intrapreso più che al traguardo raggiunto, con maggior attenzione alla novità dei percorsi intrapresi, alla "*nuova creazione*" della scelta (p.113). Questo modello provoca delle situazioni di angoscia in quanto privo di punti fermi nella conoscenza, per questo secondo l'autore questa tendenza è spesso ostacolata o poco intrapresa: "*ad una conoscenza autentica ne preferiamo una che si ottiene con il ragionamento, più comprensibile ma più falsa. Invece si deve sopportare il nulla stesso e da esso si deve trarre un ragionamento*". (p.113).

Il riferimento patico non è solamente inerente al contesto medico, sembrerebbe piuttosto un *habitus* assunto da coloro che svolgono un ruolo di giudizio e assistenza, dal medico, al giudice, al politico, all'amico, nel momento in cui si trovano in uno "*stato di necessità*", un compito non indifferente a nessuno e tramite il quale si manifesta la reciprocità. Una ulteriore categoria viene presa in considerazione ovvero il "*presentimento*" come metodo di conoscenza vago ma contenente in questa sua natura una profonda propensione che permette di cogliere le espressioni somatiche dell'uomo. La considerazione del tempo è importantissima per il presentimento patico in quanto nel momento di scelta si deve collocare né troppo prima, né troppo tardi; la procedura utilizzata in tal caso consiste nel proiettarsi in forma compiuta su eventi che devono ancora accadere.

La spiegazione dell'atteggiamento patico fa sempre riferimento ad esempi reali che aiutano alla comprensione. L'autore propone il caso del passaggio dalla vita alla morte, caso emblematico e *stra-*ordinario poiché nessuna macchina e nessun dato oggettivo riesce a spiegare il momento più dell'esperienza dell'assistente in rapporto all'assistito. La relazione di assistenza è arrivata alla fine ed è giunto il momento di "abbandonare la mano" della persona in fin di vita che presto diverrà cadavere. Il giudizio patico si collocherebbe nel "*tra*" dei dati oggettivi disponibili e il ritorno a tali dati, ovvero alla constatazione della morte imminente e la morte sopraggiunta. Non è facile in tal caso definire formulare la positività di un giudizio, ma forse secondo l'autore ciò avviene ed è visibile quando, dopo il decesso, coloro che sono rimasti al fianco della persona deceduta assumono un'espressione pacifica nonostante la tragicità del decesso.

Infine Weizsäcker indica le fasi con le quali si dovrebbe sviluppare la formazione medica: innanzi tutto, attraverso l'acquisizione delle conoscenze, secondariamente si dovrebbe proseguire con una fase pratico-applicativa e si conclude con un ritorno all'analisi dei contenuti scientifica. L'importanza di questo modello risiederebbe nella terza fase, nel ritorno ai contenuti teorici con una consapevolezza diversa e più matura, quasi come se effettivamente si proponesse un cammino dialettico al cui culmine si collocasse il raggiungimento di una consapevolezza medica migliorata dal percorso teorico e insieme pratico. Il rapporto medico-paziente assume dei cambiamenti rilevanti a partire dalla centralità dell'ascolto e solo secondariamente relativi alla scienza medica. L'ambito dell'agire patico presuppone il dialogo con il paziente e riguarda i gesti, gli atteggiamenti, le sfumature.

A tal proposito l'autore individua il "*pentagramma patico*" formato da cinque categorie che guidano il nostro comportamento: "*Volere, potere, dovere, aver il permesso ed essere tenuto*". (p.117). Da queste considerazioni si comprendono gli aspetti più importanti da quelli meno rilevanti, ad esempio il passaggio dal vivere al voler vivere nutrendosi, poiché la vita è qualcosa che inizialmente non dipende da noi, ma una volta donataci, la alimentiamo scegliendo di bere e di mangiare come nostra volontà. Una volta compreso il "*come*" e il "*cosa*" della vita, (p.118) si apre la strada all'analisi medica che risulta arricchita da conoscenze interdisciplinari, adempiendo in tal maniera al servizio che intende prestare all'uomo.

La teoria filosofica si trova secondo l'autore, ad un momento successivo il colloquio con il paziente ed riflette solo dopo aver guardato la prassi terapeutica; le decisioni e le situazioni sono

fondamentali per il filosofare non tanto per amore di queste, bensì per interpretare le espressioni umane al fine di orientarle ad un “sentire” spontaneo, sincero, senza troppo imbarazzo (p. 119).