

La medicina tra spersonalizzazione e neo-umanesimo

Lorenzo Bonomo

Lo scritto di Domenico Ribatti che appare in questo stesso fascicolo mi induce a tornare su temi importanti che mi hanno interessato da tempo^{1,2}.

Sono, infatti, temi non recenti, legati allo sviluppo della medicina, stretta tra nuove tecnologie, superspecializzazione e socializzazione: problemi che fanno parte di una crisi, di una lunga crisi di crescita che si è protratta per tutto il secolo scorso. Crisi positiva, perché alimentata da grandi progressi delle conoscenze: dalla biologia molecolare alla genetica, all'immunologia e ai trapianti, fino alle nuove tecniche diagnostiche di imaging, alle nuove metodiche chirurgiche, ai nuovi criteri di assistenza e di ricovero; è una crisi di crescita che medici, politici e cittadini devono imparare a governare sempre meglio.

La malattia è una condizione che l'uomo tende a rifiutare, anche se egli è l'unico essere che, malato, riesce a sopravvivere a lungo³. La malattia suscita paura e incertezza, senso di colpa, angoscia di perdere il proprio controllo e il proprio lavoro, preoccupazioni economiche, timore per i propri cari. I progressi della medicina hanno reso plausibile un'aspettativa illimitata di salute e quasi inaccettabile l'idea della fine.

Questo rapporto difficile con la malattia ha da sempre esposto i medici a numerose critiche: fino alle attuali, spesso grossolane, ondate di campagne giornalistiche contro la cosiddetta, non di rado solo presunta, "malasanità", con crescenti richieste di risarcimento, spesso ingiustificate. A errori dei medici, sovente solo ipotetici, si attribuisce la mancata guarigione di malattie che sono, alcune volte, inguaribili. Ed invece, tutti i medici, particolarmente durante i loro anni di formazione, sperimentano attese e veglie di lunghe ore, duro lavoro fisico e mentale, impegni urgenti e non dilazionabili, remunerazione inadeguata. Essi offrono quanto di più prezioso è in loro possesso: il proprio tempo e le proprie conoscenze.

È in questa crisi che si inserisce quella della cultura dei medici.

Credo che la specifica cultura medica non vada isolata dalla cultura generale. In passato, i medici erano letterati, storici, cultori di arte e di musica e, insieme al prete ed al farmacista, costituivano il nucleo della società intellettuale, specie nei piccoli Centri.

I rapporti tra medicina e letteratura sono antichi; innumerevoli sono le opere di letteratura che hanno come tema la malattia. Molti scrittori hanno, inoltre, vissuto la malattia come esperienza

cruciale dell'esistenza e questo si riflette nel loro lavoro. Gli esempi spaziano dal Libro di Giobbe ai romanzi di Svevo e di Mann, dai racconti di Cechov e di Kafka fino a quelli di Buzzati e di tanti altri.

La lettura di questi capolavori giova alla formazione degli studenti di medicina e dei medici, alla migliore comprensione dell'umanità e costituisce quello che si può definire un "neo-umanesimo medico". Tali basi culturali, dalla letteratura all'arte figurativa, alla musica, possono molto giovare allo sviluppo di un rapporto positivo tra il medico e il malato, all'empatia: contribuiscono a rendere il medico più disponibile all'esame del paziente, alla anamnesi, all'ascolto ed alla comprensione e lo incoraggiano a non rinchiudersi nella sicurezza (più o meno ostentata) fornitagli dalle tecnologie oggi disponibili.

È indubbio che tali tecnologie hanno molto ampliato le possibilità di diagnosi e di terapia ed è quindi logico che i medici ad esse deleghino una parte delle loro funzioni. Dobbiamo, però, essere consapevoli che le macchine non possono, da sole, risolvere il problema di ogni malato e di tutte le malattie ed è pertanto necessario evitare un'eventuale "dipendenza" tecnologica.

Assistiamo – infatti – ad una spersonalizzazione della medicina, spersonalizzazione che nuoce gravemente al rapporto medico-malato e questo dipende da vari fattori: il primo, come detto, è l'eccesso di fiducia da parte di medici e laici nelle possibilità di tecnologie terapie miracolose, prive di base scientifica. Di tali panacee si hanno, purtroppo, continuamente nuovi esempi.

Inoltre, lo studio del malato è frammentato tra molti, forse troppi, specialisti, per cui spesso è difficile stabilire a quale medico spetti la responsabilità globale della cura di quel paziente. Dall'errore della medicina antica che era quello di spersonalizzare la malattia si è passati ad uno opposto: a spersonalizzare il malato, a trattare la malattia e non la persona.

Infine, altra – e importante – causa di spersonalizzazione è la sostituzione del rapporto medico-malato con quello malato-Istituzione: malato-Ospedale o malato-ASL. Il malato rischia sempre più di divenire un oggetto o un numero da inserire in un computer. Laddove, invece, la medicina non comporta soltanto l'applicazione di conoscenze mediche e talento tecnico, ma anche responsabilità e capacità di affrontare una situazione umana. Ogni malato è diverso dagli altri, sia nella sua psicologia che nelle manifestazioni della "sua" malattia; per questo la conoscenza della persona è altrettanto importante di quella della malattia.

Anatole Broyard, critico letterario e direttore del *New York Times*, puntualizzava così la propria esperienza in ospedale: «per il medico la mia malattia è un incidente di routine nella sua visita di reparto, ma per me è la crisi della mia vita».

Perciò le linee-guida per la diagnosi, ed ancor più per la terapia delle varie malattie devono essere viste come consigli, piuttosto che come binari obbligati, in quanto non sempre sono applicabili ad ogni singolo paziente. La cura di “quel” malato e delle condizioni psicologiche ed ambientali che sono alla base di “quella” malattia o ne sono la conseguenza, è compito del singolo medico, il quale deve essere capace di stabilire con lui una comunicazione positiva, anche avvalendosi dei contributi specialistici. Vale la pena fare ogni sforzo per raggiungere tale empatia con il malato, perché altrimenti la nostra azione è spesso destinata a fallire. La realizzazione di un rapporto positivo con il malato deve essere uno degli obiettivi principali della pratica medica. L’empatia favorisce la partecipazione ai problemi cruciali dell’esistenza di una persona, di quella “persona”: la nascita, la lotta per la vita, la malattia, la morte.

A proposito dell’empatia non si può fare a meno di citare William Carlos Williams, medico-poeta⁴, allorché scriverà dei propri malati: «...mi perdevi in loro, in quel momento diventavo loro

chiunque essi fossero, così che quando me ne distaccavo, alla fine di una mezz’ora di intensa concentrazione sulla loro malattia, era come se mi risvegliassi da un sonno. Perché in quel tempo io non ero esistito per me stesso»; e va ricordato anche Oliver Sachs: «... ogni giorno parlo con qualcuno dei miei pazienti; le storie che io firmo in realtà le scriviamo insieme»⁵.

Le storie dei malati sono diverse l’una dall’altra e non stancano mai, come le fiabe delle “Mille e una notte”.

I medici, studenti a vita, devono avere l’umiltà di imparare da tutti, dai colleghi e soprattutto dai malati. Essi, i malati, narrandoci la propria malattia, ci insegnano la medicina, soprattutto quella di oggi.

Bibliografia

1. Bonomo L. *Le parole in Medicina*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1988: IX.
2. Bonomo L. Lettera a un giovane medico. Vi è competizione tra tecnologia e comunicazione positiva con il malato? *Recenti Prog Med* 1997; 88: 155.
3. Bellow S. Herzog. London: Faber & Faber 1963.
4. Williams WC. *The doctor’s stories*. London: Faber & Faber 1962.
5. Sacks O. *Risvegli*. Ed. it. Milano: Adelphi 1987.