



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI SALERNO

STUDI UMANISTICI

Le radici filosofiche della professione medica

A cura di
Vincenzo Esposito, Ludovica Gaudino, Anna Gorrese

Collana Scientifica dell'Università di Salerno

Studi umanistici

Le radici filosofiche della professione medica

A cura di
Vincenzo Esposito, Ludovica Gaudino, Anna Gorrese

Ledizioni

© 2024 Ledizioni LediPublishing
Via Boselli, 10 – 20136 Milano – Italy
www.ledizioni.it
info@ledizioni.it

Le radici filosofiche della professione medica
A cura di Vincenzo Esposito, Ludovica Gaudino, Anna Gorrese

Prima edizione: marzo 2024

ISBN cartaceo: 9791256001415
ISBN eBook: 9791256001422
ISBN PDF online: 9791256001439

Copertina e progetto grafico: ufficio grafico Ledizioni

Informazioni sul catalogo e sulle ristampe: www.ledizioni.it

Le riproduzioni a uso differente da quello personale potranno avvenire, per un numero di pagine non superiore al 15% del presente volume, solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da Ledizioni.

Sommario

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Premessa <i>Vincenzo Esposito, Anna Gorrese, Ludovica Gaudino</i> | 11 |
| La vocazione filosofica della professione medica <i>Luigi Vero Tarca</i> | 15 |
| Filosofia e medicina. Riflessioni su uno scritto di Luigi Vero Tarca <i>Alfredo Salucci</i> | 29 |
| Medici e filosofi di fronte alla sofferenza <i>Massimo Corsale</i> | 31 |
| La vocazione filosofica della professione medica nell'era digitale. Quale futuro? <i>Stefano Pepe</i> | 37 |
| Professione medica, vocazione filosofica, esperienza antropologico-culturale. <i>Vincenzo Esposito</i> | 41 |
| La vocazione alla scelta <i>Anna Gorrese</i> | 49 |
| La gestione del negativo. Pratica filosofica e professione medica <i>Ludovica Gaudino</i> | 57 |
| Il rapporto medico-paziente nel dialogo tra medicina e filosofia <i>Gabriele Borghese</i> | 63 |
| Filosofia e chirurgia <i>Marcello Della Corte</i> | 69 |
| Il counseling e le narrazioni che curano <i>Giulio Corrivetti</i> | 75 |
| Bibliografia generale | 85 |
| Sitografia | 91 |
| Gli autori | 93 |

Premessa

Vincenzo Esposito, Anna Gorrese, Ludovica Gaudino

Troppo spesso per lo sguardo del medico la malattia è solo un decorso, un esito, quasi mai ha un senso, ed il corpo diventa mero organismo. Tuttavia, la scelta professionale del medico ha alla base una vocazione squisitamente filosofica, come afferma Luigi Vero Tarca, in quanto presuppone uno sguardo che ascolta e che parla, rispetto a uno sguardo che si limita ad osservare. La vocazione filosofica del medico va ricondotta alle sue radici esistenziali ed antropologiche della cura o, per meglio dire, del voler aiutare a trovare il “bene-essere”, il vivere bene, e il pensiero filosofico di Tarca restituisce alla luce l’essenza di tale vocazione.

I saggi pubblicati in questo volume sono il frutto delle suggestioni ricavate dall’analisi e dalla discussione di uno scritto di Tarca, dal titolo “La vocazione filosofica della professione medica”, in occasione di un seminario organizzato nell’ambito delle attività scientifiche del laboratorio di Antropologia “Annabella Rossi” nel dicembre 2019, presso il Dipartimento di Scienze del patrimonio culturale dell’Università degli Studi di Salerno.

Il volume raccoglie i contributi di filosofi, medici, psicologi, sociologi e antropologi.

Nel primo saggio – s’intende dopo il saggio-bersaglio di Tarca che viene qui riproposto – *Filosofia e medicina*, Alfredo Salucci rileva alcune fra le fondamentali ragioni di fondo del dialogo fra le due discipline, sviluppandole in stretta connessione con le specifiche riflessioni di Tarca e con la sua proposta filosofica in generale.

Massimo Corsale, nello scritto *Medici e filosofi di fronte alla sofferenza*, sulla base di una specifica competenza in sociologia della salute, individua nella necessità di prendersi cura del dolore, non in modo meccanico ma interrogandosi sul suo senso, l’elemento più intrinsecamente e propriamente comune a filosofia e medicina.

Lo scritto di Giulio Corrivetti, *Il counseling e le narrazioni che curano*, si sofferma sul concetto di counseling filosofico e su quella sua declinazione che è la medicina narrativa, evidenziando la loro più profonda ragion d’essere, insieme alla loro evoluzione storica, con particolare riferimento alla diffusione in Italia.

Segue lo scritto di Stefano Pepe, *La vocazione filosofica della professione medica nell’era digitale. Quale futuro?*, che affronta le questioni essenziali nel vivo delle domande più pressanti che l’esperienza clinica pone e che possono comprendersi solo in una prospettiva che tenga conto di un futuro necessariamente connesso agli orizzonti aperti dallo sviluppo tecnologico.

Vincenzo Esposito, in *Professione medica, vocazione filosofica, esperienza antropologico-culturale*, sostiene che, nell’ambito delle discipline demotnoantropologiche, l’Antropologia medica è quel campo di studi che spinge verso la comprensione e l’analisi del

versante socio-culturale dell'esperienza corporea e dei processi dialettici "salute/malattia". Così, attraverso riflessioni teoriche non disgiunte da pratiche etnografiche "sul campo", le pratiche terapeutiche e la stessa nozione di "cura", diventano di un meccanismo interpretativo che prova a coniugare "dimensioni locali e prospettive globali".

Il saggio di Anna Gorrese, *La vocazione alla scelta*, si focalizza sul fatto che medici e pazienti sono continuamente chiamati a prendere decisioni. Devono identificare le informazioni rilevanti (per esempio dei sintomi o l'esito di un esame), formulare un giudizio, scegliere un corso d'azione fra i vari possibili sulla base delle proprie preferenze (per esempio una terapia o un intervento chirurgico), quindi agire. I medici che intendono rispettare l'autonomia dei pazienti possono trovarsi di fronte ad indicazioni conflittuali e le riflessioni filosofiche di Tarca forniscono preziose indicazioni su come si possa e si debba promuovere, favorire e facilitare la partecipazione attiva del paziente al processo di scelta.

Lo scritto di Ludovica Gaudino, *La gestione del negativo. Pratica filosofica e professione medica*, affronta il problema della spersonalizzazione della medicina e illustra la soluzione offerta da Tarca; delle accurate considerazioni sul paradigma narrativo originario delle pratiche sanitarie e sul puro positivo conducono alla dimostrazione della vocazione filosofica della professione medica.

Gabriele Borghese, nello scritto *Il rapporto medico-paziente nel dialogo tra medicina e filosofia*, sposta l'accento sulle radici storiche del rapporto fra medicina e filosofia, mostrandone in tutta la sua estensione l'originaria valenza sociale.

Infine Marcello Della Corte, nello scritto *Filosofia e chirurgia*, mostra come anche il campo medico apparentemente più lontano dalle tematiche filosofiche, quello della chirurgia, abbia invece una chiara valenza filosofica, sia in quanto il chirurgo agisce sul corpo nel modo più diretto, sia in quanto è portato a interrogarsi con un'immediatezza spesso drammaticità sull'efficacia del proprio operato.

La chiave che permetterà al lettore di interpretare le ragioni del loro incontrarsi, all'interno di un seminario universitario, tenuto da uno dei massimi esponenti della filosofia contemporanea, il prof. Tarca dell'Università degli Studi di Venezia Ca' Foscari, risiede nella necessità di un incontro, di un confronto, di un dialogo tanto umano quanto umanistico fra uomini e donne, studiosi e studiose, appartenenti a Saperi disciplinari diversi che hanno avuto il coraggio – ad un tempo semplice e terribile – di mettere a confronto, quindi in discussione, criticamente, quelle modalità e quelle verità che derivano dalla loro postura disciplinare, scaturenti dalla loro formazione, dal loro impegno e, non ultima, dalla loro umanità. A partire dalla lettura di un documento essenziale per comprendere come, proprio dal dialogo fra discipline diverse, si possa sviluppare una "con/divisione" - così direbbe Tarca – che non annulli modalità e metodologie e teorie "diverse" in un'assurda gerarchizzazione dei saperi – "prima il mio punto di vista, poi gli altri con il loro" – ma che invece equilibri la diversità del "proprio" nell'azione del con/dividere ossia spartire sotto

forma di dono con “l’altrui”. Cosa, questa, che genera reciprocità, consapevolezza, arricchimento.

Così come potrebbero fare i medici – suggerisce Tarca – se con/dividessero la loro postura bio-medica con la loro vocazione filosofica e, aggiungerei, umanistica *tout court*.

La vocazione filosofica della professione medica¹

Luigi Vero Tarca

1. *Le preoccupazioni dei medici e la pratica filosofica della comprensione*

Oggi i medici si lamentano perché si sentono trasformati in tecnici: sono preoccupati dal rischio di diventare semplici strumenti di un apparato di tipo tecnico-scientifico-amministrativo. Non sono gli unici. Possiamo anzi dire che, almeno nella nostra civiltà, praticamente tutte le persone si lamentano sistematicamente della propria situazione lavorativa (o, ormai frequentemente, della propria situazione non lavorativa), e sempre più spesso il motivo è proprio la ‘spersonalizzazione’ e la sensazione di sentirsi stritolati dall’apparato. Già in questa semplice constatazione incontriamo un aspetto caratteristico dell’attuale situazione umana, quello della lamentele: diffusa, continua, crescente. Tutti si lamentano di tutti e di tutto. Siamo più precisi e più sinceri: tutti ci lamentiamo di tutti e di tutto. Ci sentiamo tutti autorizzati a lamentarci senza freno e senza remore. Sarebbe interessante approfondire la questione anche dal punto di vista psico-socio-economico. Una spiegazione di questo fenomeno potrebbe per esempio chiamare in causa il fatto che, in una società fortemente concorrenziale come la nostra, se qualcuno si mostra soddisfatto può lasciare intendere che togliergli qualcosa non sarebbe poi un grande problema; sicché è meglio mandare il messaggio che si hanno gravi motivi di insoddisfazione. Insomma, nella società della contrattazione continua e illimitata è meglio far credere di ricevere meno di quanto ci si aspetti e di quanto si meriti, cioè di essere in credito piuttosto che in debito, e risulta quindi utile, oltre che naturale, lamentarsi della propria situazione.

Ma a forza di lamentarsi si finisce per credere alle proprie lamentele, e a vivere quindi insoddisfatti e perciò davvero lontani dalla felicità. Del resto – questo è forse l’aspetto più interessante della faccenda – la lamentazione rappresenta un atteggiamento negativo nei confronti della realtà, il quale dunque comporta tutti i tratti dannosi impliciti in ciò che è negativo. Essendo un atteggiamento di rifiuto, l’atteggiamento negativo implica un’esperienza dolorosa, sintomo di sofferenza. Perché tra dolore e rifiuto vi è una sorta di implicazione reciproca: il dolore è ciò che per definizione viene rifiutato, e a sua volta il rifiuto implica il carattere doloroso di ciò che viene rifiutato.

1 Il saggio è stato pubblicato per la prima volta nel 2016: Candiotti, L., Tarca, L. V. (2016). *Le radici della scelta: La vocazione per la professione medica*. Milano: Mimesis; Tarca, L. V. (2016). *Verità e negazione. Variazioni di pensiero*. Venezia: Libri Libreria Editrice Cafoscarina. Il testo viene pubblicato in questo volume con il permesso dell’Autore.

Ma poi, più concretamente, l'atteggiamento di rifiuto è dannoso anche nel senso che impedisce la comprensione piena, completa, di ciò che accade. Se non altro nella misura in cui esso, implicando la negazione di almeno una posizione, resta esposto al rischio della confutazione (falsificazione) da parte di chi invece fa propria quella opposta concezione della realtà.

L'incontro tra medici e filosofi ruota attorno all'esperienza delle pratiche filosofiche. Con tale espressione si intendono molte cose di vario genere; per esempio riflessioni condivise, esercizi spirituali, conversazioni regolate, comunicazioni di esperienze e così via, ma tra le molte ve ne è una che voglio qui proporre, quella consistente nel trovare dei comportamenti che migliorano direttamente la nostra esistenza, e quindi, in particolare, nell'individuare correzioni dei comportamenti che la danneggiano.

Una pratica di questo tipo che sto sperimentando con grande soddisfazione è appunto quella di evitare di lamentarmi, ovvero di astenermi da qualsiasi lamentazione o recriminazione. Più concretamente, mi capita di fare un esercizio che ha come obiettivo – tutt'altro che facile e scontato (provare per credere!) – il seguente: riuscire a passare una giornata intera senza lamentarmi di alcuna cosa. Possiamo chiamarlo – almeno per il momento (poi vedremo perché è opportuno introdurre questa limitazione) – esercizio del “non lamentarsi”. Adottare questa regola ha apportato grandi benefici alla mia vita. Invito però chi fosse intenzionato a sperimentare a sua volta questa pratica a fare attenzione al rischio che è sempre in agguato in situazioni di questo genere, quello per cui, quando ci capita di fallire e quindi di lamentarci, siamo immediatamente portati a lamentarci del fatto di non essere riusciti a evitare lamentele. In tal modo violiamo di nuovo la regola, e rischiamo addirittura di avviare una spirale infinita di lamentazioni: ci lamentiamo per esserci lamentati di avere infranto la regola, quindi poi ci lamentiamo di nuovo per il fatto di esserci lamentati di esserci lamentati di avere infranto la regola, e così via. Si capisce subito che uscire da questa spirale significa assumere un atteggiamento in qualche misura positivo nei confronti della stessa lamentazione. Un atteggiamento che – col pensiero rivolto in particolare alla sapienza buddhista – possiamo chiamare di comprensione. Comprensione rivolta, anche e in particolare, alla nostra estrema difficoltà a essere comprensivi. Ecco il motivo per cui sopra dicevo che la formula “non lamentarsi” è problematica; appunto perché è ambigua, nel senso che lascia facilmente intendere che sia lecito, se non doveroso, lamentarsi nei confronti di chi si lamenta. Tutto questo ha evidentemente a che fare con il fondamentale problema del rapporto tra positivo e negativo, di cui dirò qualcosa nel seguito.

Altrettanto importante è comprendere la connessione che vi è tra questa pratica e la possibilità di conseguire una comprensione autentica degli aspetti negativi presenti nei vari fenomeni. Infatti, all'interno del presupposto per cui l'atteggiamento giusto/positivo nei confronti del negativo consiste nel rifiutarlo, accade che, ove (al fine di evitare un'esistenza lamentososa e quindi infelice) si voglia astenersi dal lamentarsi (e quindi dal rifiutare), si sia costretti a non riconoscere i tratti negativi che ci sono nella realtà, perché se li si ammettesse/riconoscesse ci si sentirebbe autorizzati o addirittura tenuti a negarli/rifutarli. Ma allora, non riconoscendo i tratti negativi della realtà, diventa

impossibile fare davvero i conti con essi. Ci si trova dunque di fronte a un dilemma: se si ammettono gli aspetti negativi, allora si finisce inesorabilmente per lamentarsene/rifiutarli; se invece non si vuole fare questo, allora si finisce altrettanto inesorabilmente per denegare, o ‘rimuovere’, il negativo con il quale si ha a che fare. Liberarsi dal pregiudizio che rapportarsi al negativo equivalga a rifiutarlo è dunque indispensabile per superare la forma di vita lamentosa; per converso astenersi dal rifiuto/lamento/negazione è indispensabile per attingere una comprensione della realtà in tutti i suoi aspetti, compresi quelli negativi. Così, mi pare che, dal punto di vista filosofico, il gesto fondamentale consista nel distinguere la comprensione di un fenomeno ‘negativo’ dalla sua negazione/rifiuto, cosa che a sua volta implica che si distingua la determinazione (definizione) di tale fenomeno – determinazione che è condizione della possibilità della sua comprensione – dalla negazione di qualcosa. Si tratta, da questo punto di vista, di emanciparsi dal classico principio per il quale definire equivale a negare: *omnis determinatio est negatio*.

2. Una risposta ‘troppo umana’ alla spersonalizzazione tecnica può essere regressiva

Quanto detto dovrebbe aiutarci a riconoscere più tranquillamente e più a fondo gli aspetti negativi dell’attuale situazione dei medici. Perché è evidente che elementi problematici ve ne sono, che la ‘tecnicizzazione’ della vita medico-sanitaria genera una serie di questioni di grande portata, e che l’assoggettamento della persona/individuo umano all’apparato tecno-amministrativo comporta dei rischi o dei veri e propri danni tanto per i pazienti quanto per i medici. Emerge qui un secondo spunto di riflessione connesso alle diffuse lamentele dei medici, cioè il rovesciamento del mezzo nel fine: l’agire terapeutico del medico, che è, originariamente e ufficialmente, il fine dell’apparato clinico-sanitario, rischia di rovesciarsi in un mezzo il cui vero scopo diventa la crescita e il potenziamento di quell’organismo che è l’apparato stesso.

Questo fenomeno è strettamente connesso con la questione della Tecnica (uso il termine con l’iniziale maiuscola per indicare la dimensione dell’operare tecnico che ha come scopo la trasformazione e il miglioramento della stessa vita dell’uomo (sul problema della tecnica cfr. Severino, 1979 e Galimberti, 1999).

In generale l’operare tecnico è quello che, grazie a strumenti (mezzi) artificiali (costruiti ad hoc), garantisce il conseguimento di uno scopo (fine) posto da un soggetto (l’essere umano) che fa progetti in vista della trasformazione/miglioramento del mondo. La Tecnica (con l’iniziale maiuscola) è l’operare tecnico nel quale la realtà che deve essere trasformata/migliorata è la stessa vita umana, lo stesso essere umano.

In questa dinamica accade inevitabilmente che l’individuo umano, in quanto è ciò che deve essere trasformato/migliorato, diventi il mezzo che consente la realizzazione del fine consistente nell’uomo nuovo (nuovo anche dal punto di vista etico, politico, spirituale): l’uomo ‘geneticamente modificato’. Gli strumenti che producono l’“uomo nuovo” sono organismi (organizzazioni, istituzioni, società) che incorporano individui

umani, ma che non sono più a loro volta individui umani; pensiamo per esempio alle società dotate di personalità giuridica del tutto paragonabile a quella umana. Questo vale anche, e in particolare, per i medici e i pazienti: il loro operare diventa uno strumento in vista di un fine più ampio che essi non controllano direttamente anche se implicitamente lo condividono: la realizzazione dell'uomo sano, in prospettiva addirittura invulnerabile (inattaccabile dalla malattia) e poi, alla fine, immortale.

E vero, dunque, che l'uomo in quanto persona/individuo – sia come medico sia come paziente – è fortemente assoggettato al soggetto (il gioco di parole è voluto) che progetta la trasformazione del mondo. In maniera linguisticamente più esatta possiamo dire – in riferimento a quanto sopra abbiamo visto a proposito degli strumenti che definiscono l'operare tecnico – che gli individui umani vengono ad essere fortemente strumentalizzati dal soggetto-apparato all'interno del quale sono inclusi in quanto corpi rispettivamente bisognosi e datori di cura. L'esempio più facile è quello della strumentalizzazione che sia pazienti che medici, in maniera diversa, subiscono rispetto alle case farmaceutiche. Ma la questione è evidentemente complessa, e accennarvi solo in un modo così sbrigativo rischia di risultare fuorviante.

Il problema è che la risposta adeguata a problemi di questo tipo è tutt'altro che facile da individuare. Quando ci si lamenta del fatto che gli individui (nella fattispecie i medici e i pazienti) vengono 'strumentalizzati' dall'apparato, sembra che ciò implichi automaticamente una richiesta di questo tipo: bisogna ritornare alla centralità dell'uomo, all'individuo umano, alla persona, e così via. Credo che questo tipo di messaggio, se da un lato è giusto, addirittura ormai imprescindibile e persino urgente, dall'altro lato rischi però di essere anche fuorviante. Il 'recupero dell'umano' rischia infatti di essere una clamorosa forma di regressione. In primo luogo, un siffatto 'ritorno' sembra non essere più possibile; esso pare cioè costituire una pura 'utopia regressiva', sicché coltivarla significa cadere preda di un'illusione impossibile da realizzare e quindi alla fine dannosa. In secondo luogo si dimentica che proprio l'umano è la radice di quello che sta accadendo, sicché ritornare all'umano equivale a tornare alla casella di partenza nel gioco dell'oca della storia umana. Giacché si tratterebbe di una valorizzazione indebita di qualcosa che – per dirla con Nietzsche – è umano, troppo umano. Pensando proprio al tema della scelta e della vocazione nella professione medica, la costruzione dell'apparato tecnico-amministrato scaturisce anche proprio dalla vocazione del medico che è stato chiamato a guarire le malattie degli umani e a lenirne le sofferenze. L'uomo, insomma, è il problema, piuttosto che la soluzione.

In considerazione di ciò credo che sarebbe un equivoco pernicioso interpretare le pratiche filosofiche come un semplice tentativo di ripristinare l'umano, di riproporre la situazione precedente. Un solo, nobile esempio. Epitteto, nel suo Manuale (Epitteto, 2013) ci insegna che il saggio (stoico) deve fondarsi solo su ciò che dipende da lui, e non su ciò che dipende da qualcosa su cui egli non ha controllo. Il fatto è che oggi questa distinzione – se mai è stata davvero praticabile – è molto meno chiara e netta di quanto poteva apparire una volta. Proprio nel campo della salute, cose fondamentali come l'aria che respiriamo e il cibo di cui ci nutriamo sono ormai praticamente sottratte alla

nostra sovranità, ma anche gli aspetti più soggettivi della nostra vita (i giudizi di valore, i desideri etc.) sono ormai potentemente condizionati se non addirittura costruiti dal sistema ideologico-culturale. Così – qualcuno potrebbe chiedersi – dato che per avere cura di noi stessi dobbiamo avere una qualche forma di controllo su ciò che ‘ci costituisce’, come possiamo pensare di avere cura di noi stessi senza avere il controllo di tutto l’immane apparato tecno-scientifico-informatico-militare che controlla l’intero pianeta e la vita che su questo si svolge? Avere cura di sé, vuol dire in verità avere cura di tutto ciò che riguarda la vita sulla terra. Naturalmente ciò non vuol dire che l’insegnamento di Epitteto, assunto qui come caso paradigmatico di un’antica sapienza filosofica, non sia valido; significa però che la distinzione da lui proposta (tra ciò che dipende e ciò che non dipende da noi) va pensata e applicata in relazione a ciò che possiamo fare rispetto alle nostre azioni che riguardano il contesto complessivo che condiziona la nostra esistenza. Insomma, se assumiamo il ritorno all’uomo come risposta ai problemi posti dall’apparato tecnico, dobbiamo renderci conto che ci muoviamo in un circolo vizioso, dato che la cura dell’uomo richiede quella dell’apparato. Dal momento, quindi, che l’evoluzione tecnica sembra ormai incancellabile e inarrestabile, il problema pare essere quello di capire in che modo i bisogni ‘sani’ degli individui umani possano essere realizzati in questo contesto.

3. *“Avere a cuore la cardiologia”: un esempio di cura della sanità*

Da un certo punto di vista si potrebbe dire che si tratta semplicemente di favorire una conciliazione tra il fattore umano e l’apparato, tra i bisogni e le istanze degli individui, da una parte, e le esigenze dell’istituzione, dall’altra. Alcuni amministratori – penso per esempio all’interessante intervento del dottor Giuseppe Dal Ben – ci dicono che si tratta di creare un luogo (uno spazio, una dimensione) capace di tenere insieme, in maniera fruttuosa, le persone dotate di professionalità, le cui doti e capacità vanno sviluppate e valorizzate, e l’azienda, le cui esigenze strutturali vanno soddisfatte.

Tutto questo è sicuramente giusto; il problema è però cercare di capire come possa realizzarsi. Si presti attenzione a un aspetto particolarmente interessante. Abbiamo qui una situazione nella quale si produce una sorta di dialogo asimmetrico tra soggetti diversi: gli individui umani da una parte, e i soggetti istituzionali dall’altra. Si tratta di una dualità singolare, definita da un dislivello originario tra i suoi due poli (uomo concreto l’uno, istituzione astratta l’altra). Il bello, però, è che solo a prima vista la distinzione tra i due elementi della bipolarità risulta chiara e pacifica. Per esempio, il medico che parla con il Consiglio di Amministrazione dell’Azienda Socio-sanitaria è un individuo umano? Da un lato, certamente, sì: egli è un uomo; ma dall’altro lato, in quanto medico, è – diciamo così – un funzionario della salute umana, quindi a sua volta un rappresentante dei fini che definiscono l’Istituzione medica. Sull’altro versante, il Consiglio di Amministrazione è un’istituzione e non un individuo umano? Certamente, ma ogni suo atto o gesto è compiuto da (o tramite) individui umani. Ognuno dei due poli,

insomma, pare riprodurre al proprio interno una dualità simile a quella che pareva solo esterna ad esso. In prima battuta potremmo dire – semplificando al massimo – che il momento istituzionale/astratto rappresenta il livello delle relazioni tra i vari individui, i quali ne costituiscono invece il livello concreto. Solo che distinguere i due (esseri umani e istituzioni, ovvero individui e relazioni) è operazione tutt'altro che semplice e scontata. Perché ognuno dei due poli (momenti) porta con sé, sempre, anche l'altro: la persona del medico è sempre, insieme, tanto individuo umano quanto rappresentante/funziario dell'istituzione; nello stesso tempo l'istituzione è sempre, insieme, un tessuto complesso, formato da aspetti giuridico-formali variamente intrecciati con un insieme multiforme e variegato di atti umani e di relazioni tra individui umani.

Un miglioramento della situazione – il progetto che ci si è proposti – implica dunque sempre, necessariamente, un miglioramento di entrambi gli aspetti (quello umano/materiale/concreto e quello istituzionale/formale/ astratto) in un colpo solo: creare individui capaci di essere funzionali all'apparato, ma nello stesso tempo – consentendo a questi di esprimere tutta la ricchezza della propria esperienza – creare organismi/organizzazioni capaci di rappresentare le vere istanze umane.

Ci è stato raccontato – penso per esempio all'intervento del dottor Roberto Valle – degli ottimi risultati conseguiti a livello cardiologico grazie al semplice fatto che si è riusciti, tramite interventi istituzionali, a far collabo rare i medici tra di loro. Si è trattato non di vaghi propositi o di compiacenti consuntivi, ma di risultati 'oggettivi', misurabili, i quali sono però stati ottenuti grazie al semplice fatto che si è riusciti a far interagire positivamente tra di loro, all'interno del sistema, quegli individui umani che sono i medi ci. L'esito, insomma, è stato molto concreto: la caduta della mortalità dovuta a cause cardiache; però questo è dipeso da un fatto non strettamente tecnico, né di natura clinica o semplicemente giuridico-formale. Non è stato cioè inventato un nuovo farmaco, non si è trovata una nuova tecnica per tra piantare il cuore, né – per altro verso – si è semplicemente istituito un nuovo soggetto istituzionale; ma è successo – se mi è consentito di esprimermi un po' scherzosamente – che i cuori dei medici hanno incominciato a funzionare un po' diversamente, cioè hanno incominciato a 'battere insieme' ovvero a lavorare in sinergia (con un certo reciproco amore, vorrei dire, sfruttando la valenza metaforica implicita nel termine "cuore") invece che in maniera dispersa e frammentata/frantumata o competitiva/burocratica. Insomma, per dirla con una battuta, il miglioramento clinico dei cuori dei pazienti è stato ottenuto grazie al lavoro fatto... sui cuori dei medici. E, a proposito di battute, mi ritorna in mente quella che ho ascoltato dal pedagogista Aldo Agazzi, mio docente all'università, il quale chiedeva: "Che cosa deve conoscere, il docente, se vuole insegnare il latino a Pierino?" Viene spontaneo rispondere: "Il latino!". Ma la risposta più corretta è: "Deve conoscere Pierino". Va da sé che il docente deve conoscere sì Pierino, ma insieme al latino. Analogamente, il cardiologo deve conoscere, oltre ai manuali di cardiologia, anche Pietro, che si è rivolto a lui per sistemare il suo sistema cardiocircolatorio. Ma il caso che ci è stato riferito ci insegna anche qualcosa di più, cioè che il medico deve conoscere, oltre alla cardiologia, al cuore di Pietro e a Pietro stesso, anche il suo

proprio (del medico) cuore, e addirittura anche il cuore dei suoi colleghi medici, e poi addirittura quello delle persone che gestiscono l'amministrazione medica. Così, potrei forse ora rispondere, al mio vecchio docente di Pedagogia, che il docente di latino deve conoscere, oltre al latino e a Pierino, anche tutti i Pietro e Paolo che concorrono a costituire l'istituzione scolastica. Potremmo allora dire – sfruttando l'immagine del cuore e la sua duplicità (come organo fisico e come metafora dell'amore) – che ogni aspetto e momento della situazione presenta sempre una duplicità di questo tipo a trattare l'oggetto fisico con cui ha di volta in volta a che fare (il cuore, il corpo malato, l'organismo, l'istituzione, etc.) e nello stesso tempo a trattarlo con lo 'spirito' giusto, cioè con il cuore. I due aspetti vanno chiaramente distinti, altrimenti si fa solo confusione, ma vanno compresi nel loro fare tutt'uno.

E in questo senso che si può dire che il compito primario del medico è quello di curare la sanità. Intendendo tutto ciò sempre in un senso duplice: avere cura della salute/corpo dei pazienti, cosa che però è davvero possibile solo avendo 'a cuore' la salute degli organismi all'interno dei quali avviene il rapporto medico-paziente.

Da questo punto di vista, ovvero in relazione alla duplicità originaria di tutti gli elementi in gioco, è importante osservare che allora qualsiasi giustapposizione di due elementi, lungi dal risolvere il problema, lo complica, dal momento che ognuno dei due reca al proprio interno la medesima duplicità originaria; sicché nella giustapposizione accade che anche i 'insieme dei due elementi congiunti si sdoppi secondo una duplicità che è diversa da quella che definisce i due elementi congiunti. Per esempio, se c'è il problema di armonizzare l'elemento "medico" con quello istituzionale ("Consiglio di amministrazione"), e a tal fine si istituisce un luogo (chiamiamolo "Organismo di mediazione/rappresentanza") che raccolga elementi sia del primo polo (medici) sia del secondo (funzionari/amministratori), ecco che anche questo nuovo elemento-soggetto si sdoppia automaticamente al proprio interno in un elemento 'reale' (poniamo, i medici che sono membri dell'organismo) e in un elemento 'ideale' (il loro essere rappresentanti dei medici). In tal modo il problema, lungi dall'essere risolto, è stato complicato: adesso abbiamo tre soggetti (i medici, il Consiglio di Amministrazione e l'Organismo di Mediazione), e gli individui umani diventano portatori di 'polarità' (figure) ulteriori rispetto a quelle del medico e dell'amministratore, in questo caso rispettivamente quella del rappresentante e quella del rappresentato.

E interessante notare, a conferma di questo continuo riprodursi della stessa duplicità di livelli all'interno di qualsiasi nuova determinazione, come essa sia testimoniata, magari in maniera non intenzionale, dallo stesso linguaggio. Per esempio, per un verso (quello formale/istituzionale) un termine come "corporation", che di per sé indica l'astrattezza di una organizzazione, richiama immediatamente l'idea del corpo, cioè dell'individuo umano; e, per l'altro verso (quello dell'individuo-persona), un termine come "personale" (personale medico, universitario etc.) evoca la persona proprio nel momento in cui la iscrive e la 'cattura' (*greifen / Begriff* = afferrare / concetto) all'interno del sistema dell'apparato. Qualcosa di simile vale per l'espressione "materiale umano", che con il suo carattere evidentemente ossimorico evidenzia il carattere

paradossale/contraddittorio della situazione: l'insieme dei corpi (materiali) degli uomini-medici viene a costituire un corpo più grande, quello istituzionale.

Il vero problema è dunque quello di chiudere questo progresso seriale ripetitivo mediante un agire-esistere che in ogni momento si determini positivamente rispetto alla totalità degli individui e delle figure che compaiono nel sistema.

4. La scelta professionale del medico come risposta alla vocazione 'filosofica'

Ed è qui che la filosofia torna nuovamente in gioco. Perché davvero filosofico uno sguardo lo è solo se riesce a tenere insieme, distinguendoli ma insieme cogliendoli nella loro essenziale connessione, i vari aspetti e le varie dimensioni del reale. Dunque si tratta, certo, di istituire momenti nei quali il 'professionista' medico si incontra con il 'professionista' filosofo. Ma questo è solo un livello, o una dimensione, del problema, perché fonda mentale è che il medico diventi egli stesso filosofo nella sua gestione dei rapporti umani e istituzionali. Come, per altro verso, il vero scopo dell'educazione medica è che l'individuo umano (e quindi anche il filosofo), diventi a sua volta medico, cioè capace di curarsi, ovvero di gestire in maniera intelligente e competente il proprio corpo. Certo, l'uomo-filosofo avrà sempre bisogno del medico-apparato per completare la cura della propria salute (poniamo il caso paradigmatico in cui si renda necessario un intervento chirurgico), come d'altra parte il medico-funzionario avrà sempre bisogno della persona-filosofo per migliorare il proprio stile di vita filosofico (per esempio quando si debbano individuare autori o testi utili a tal fine), ma il bene-essere di ciascuno dei 'soggetti' in gioco potrà darsi solo nella misura in cui ogni aspetto/momento/dimensione comprenderà (in tutti i sensi del termine: capire, includere e tenere insieme) tutti gli altri aspetti/momenti/dimensioni.

Attenzione, però; perché, se questa è un'indicazione corretta, allora dobbiamo capire che tale compito, quello cioè di creare una situazione in cui gli umani collaborino, è qualcosa che va essenzialmente al di là di competenze tecniche di qualsiasi tipo, comprese naturalmente le 'tecniche filosofiche'. Ovvero, la pratica filosofica riuscita dovrebbe essere quella che realizza l'accordo (armonia) tra le diverse dimensioni/dualità/polarità in maniera differente da quella che, così facendo, si limita a introdurre una nuova polarità che riproduce il problema che si trattava invece di risolvere. Voglio dire che l'obiettivo che ci si pone quando ci si immagina di conciliare i vari aspetti e le varie dimensioni della realtà è quello di un gesto che è compiuto in se stesso in quanto si rapporta armonicamente a tutte le differenti determinazioni che si danno. Quello che ci si propone quando si progettano ambiziosi interventi del tipo sopra ricordato (conciliare le qualità personali con le attitudini professionali e poi tutte queste con le esigenze istituzionali, e così via) è dunque una cosa interessantissima, e meravigliosa, la quale risulta però estremamente difficile. Essa, infatti, evoca ed implica una trasformazione radicale della vita umana, se non altro perché esige che si riesca a fare i conti con le nuove forme di vite che la Antropotecnica genera, cioè con i nuovi organismi

pensanti e progettanti che non sono più individui umani. Anche per questo il ritorno all'”umano” in quanto tale costituirebbe una mera regressione che finirebbe per ridurre l'atteggiamento umano a una infinita lamentazione.

Bisogna infatti capire quello che sta succedendo. In questo senso credo proprio – anche se naturalmente tale discorso qui non può nemmeno essere abbozzato – che si possa dire che gli obiettivi che il personale e l'istituzione medica si pongono concretamente (l'abbassamento della mortalità dovuta a patologie cardiache, la necessità di far funzionare bene un apparato che rispetti gli uomini e le professionalità, e così via) siano in fondo di natura eminentemente, classicamente filosofica. Sicché il problema che stiamo affrontando racchiude in sé tutte le difficoltà della professione medica e insieme quelle della professione filosofica. Si tratta di un compito immane, tale da far tremare le vene e i polsi; ma questo non ci spaventa perché . . . noi sappiamo di avere qui a disposizione validi cardiologi che ci curano e ci assistono per quanto riguarda il funzionamento del nostro apparato cardiocircolatorio; quindi le nostre vene e i nostri polsi possono stare tranquilli... Continuando con il tono scherzoso, potrei dire che quello che ci stiamo assumendo è un compito . . . da infarto; ma noi andiamo avanti tranquilli perché sappiamo di essere nelle mani di medici che, oltre a essere dei tecnici competenti, sono anche dei sapienti filosofi. . .

Veniamo così a toccare il cuore (guarda caso...) dell'argomento che siamo stati chiamati a trattare: le radici della scelta, la vocazione nella professione medica. Qui si parla di scelta. Nel nostro usuale modo di pensare, e di vivere, la scelta implica un'opzione escludente (e in questo senso negativa): se scegli una cosa ne scarti un'altra; se decidi di fare il medico escludi di fare l'ingegnere o il filosofo. Il punto è che nella prospettiva filosofica, la quale tiene insieme le varie dimensioni, è proprio la scelta (intesa in questo modo) a fare problema. Ma si può pensare in un modo diverso? Si può pensare un mondo diverso? Non è forse la vita umana continuamente chiamata a fare scelte dicotomiche, a volte anche drammatiche? Per restare in ambito medico: salvare la vita della madre o quella del figlio? Fare un intervento chirurgico pesante ma potenzialmente salvifico oppure accompagnare dolcemente il paziente verso la fine? E così via. E poi, non presuppone forse anche l'eventuale adozione di un modello alternativo a quello escludente che la scelta a suo favore sia a sfavore del modello opposto? Ebbene, la filosofia è precisamente il pensiero della dimensione per la quale tutti i livelli della realtà stanno insieme pur distinguendosi l'uno dall'altro. Nel nostro caso specifico, dunque, essa è il pensiero della dimensione nella quale la competenza specifica del medico sta insieme alla sua consapevolezza filosofica. Compito arduo, in verità, al limite del possibile. Anche se, a ben vedere, questo è propriamente impossibile solo dal punto di vista dell'umano inteso come singolo individuo negativo/escludente, cioè del mortale. È vero, infatti, che è praticamente impossibile che il singolo individuo possa essere un ottimo medico e nello stesso tempo un grande ingegnere o un ottimo professore di filosofia (e lo stesso vale – si badi – per qualsiasi soggetto istituzionale o comunque non umano si volesse far entrare in gioco), ma a è possibile pensare una situazione che

sia nello stesso tempo clinicamente ‘perfetta’ e filosoficamente compiuta (e dire che la si può pensare è diverso dal negare che essa sia reale).

La vera vocazione professionale, dunque, chiama a un compito anche diverso da quello della mera competenza tecnica. Tuttavia, da un lato la componente tecnica è assolutamente essenziale, e dall’altro lato sarebbe fuorviante pensare che si tratti di aggiungere, a quella clinica, una nuova competenza specialistica (quella, poniamo, filosofica). La vera vocazione, piuttosto, è quella che chiama a un’esperienza nella quale ogni identità esperienziale (medica, filosofica etc.) comprende in qualche modo tutte le dimensioni che la riguardano facendole con-vivere in maniera armonica. Realizzare questo tipo di compito è qualcosa di diverso da qualunque cosa possa essere realizzata da un qualsiasi soggetto (individuo umano, persona giuridica, istituzione, organismo etc.) inteso in maniera negativa e quindi escludente. Possiamo chiamare “filosofica” un’esperienza di questo tipo, tenendo però ben presente che nel momento in cui un qualche soggetto o una qualche disciplina (in questo caso i filosofi e la filosofia) pretendessero di accaparrarsene l’esclusiva ne comprometterebbero con ciò stesso l’autentica natura. Sperando che questa precisazione sia compresa nel suo senso profondo, sarei allora tentato di esprimere il punto al quale siamo arrivati dicendo che la vera vocazione del medico è filosofica. Quindi la sua scelta professionale è, in verità, una scelta filosofica.

5. *La prospettiva filosofica in medicina*

Questo, però, va inteso correttamente. Perché ci si potrebbe chiedere: una vocazione che mira a mettere insieme tutte le dimensioni esperienziali (naturali, umane, professionali, tecniche, istituzionali e così via) non finisce per confondere i vari piani del reale, e per creare quindi una confusione totale?

Ora, questo accade solo nella misura in cui ci si muove all’interno della prospettiva che identifica la differenza con la negazione, e che per questo possiamo chiamare negativa². A questa condizione, in effetti, mettere insieme tutte le differenti entità (cioè tutte le determinazioni) significa dare luogo a una contraddizione, dal momento che in tal modo si congiungono anche entità che sono in reciproco antagonismo, cioè in ‘contra-dizione’. In altri termini, se *omnis determinatio est negatio*, allora il tutto (l’insieme di tutte le determinazioni, la loro congiunzione) risulta essere una contraddizione, e quindi una confusione totale. In particolare, accade che il positivo si confonde con il negativo; perché, intendendo per “negativo” l’essere in quanto si determina mediante

2 Mi riferisco alla concezione per la quale il fatto che un’entità (x) differisca da un’altra (y) significa che vi è almeno un’entità (z) rispetto alla quale x è in una relazione negativa (quindi escludente, antagonista, antitetica, contrastante, contraddittoria). Sull’insieme di queste tematiche filosofiche chi fosse interessato può vedere i miei scritti indicati in Bibliografia: Tarca 2001, Màdera e Tarca 2003 e Tarca 2006.

una negazione³, il positivo, nella misura in cui viene pensato come non negativo, risulta essere negativo del negativo, e quindi a sua volta negativo⁴.

All'interno di tale impostazione negativa, il discorso filosofico – essendo definito come quello che si riferisce da un lato al tutto e dall'altro lato alla distinzione positivo/negativo – si presenta come contraddittorio e confuso. In particolare esso viene vissuto come 'schizofrenico'⁵: per un verso appare eccessivamente pessimista (tutto va male, perché tutto è negativo)⁶; ma nello stesso tempo, per un altro verso, sembra eccessivamente ottimista (tutto va bene, perché tutto è non negativo, e quindi positivo⁷). In quest'ottica, ogni positivo si rovescia in un negativo, e, viceversa, tutto ciò che si presenta come negativo può essere giustificato come un positivo. La contraddizione e la confusione sembrano essere davvero totali. Queste considerazioni, apparentemente così astratte, sono in realtà passibili di esemplificazioni molto concrete.

Il lato pessimistico – quello per cui il positivo si rovescia in negativo – è per esempio quello per il quale persino il prendersi cura delle sofferenze del corpo (cioè il gesto migliore nei confronti dell'umano, tipico della pratica medica), può trasformarsi in quel negativo che è il potere sui corpi e sulle vite degli umani (Big Pharma); e addirittura ciò accade necessariamente, nella misura in cui il corpo umano stesso sia visto come una dimensione originariamente esposta alla possibilità della patologia (il negativo) e quindi il suo controllo e la sua manipolazione siano considerati come la via inevitabile per la negazione del negativo in esso implicito. Un caso limite, ma ormai estremamente attuale, è la circostanza per la quale lo stesso conseguimento dell'immortalità (il più grande dono per gli umani) rischia di assumere la forma di una tragica rottamazione di tutti i mortali, dato che questi per definizione non sono all'altezza di quell'ideale e per ciò devono venire soppressi.

3 Il negativo è la realtà in quanto si costituisce come polo di una dualità negativa, cioè tale che ciascuno dei due poli nega (e quindi in qualche modo esclude) l'altro. In tal modo la negazione rende negativo l'oggetto che viene negato, in quanto esso risulta determinato mediante una negazione.

4 Circostanza che può essere espressa dalla formula "Il positivo, in quanto non negativo, è negativo"; la quale può essere considerata una individuazione della formula "Il negativo del negativo è negativo".

5 In effetti molto spesso, a chi parla da filosofo, capita di venire accusato da un lato di essere catastrofista o addirittura apocalittico, dall'altro lato di essere utopista, quindi anche idealista e moralista. Si tratta allora di capire come sia possibile che due critiche così opposte vengano riferite alla stessa posizione.

6 Essendo il negativo tutto ciò che è determinato mediante una negazione, allora – posto che ogni differenza sia una negazione – tutto è negativo, dal momento che – come si è detto – "il negativo del negativo è negativo"; sicché anche ciò che è diverso dal negativo, essendo non negativo, è negativo nei confronti del negativo, ed è perciò a sua volta negativo.

7 Questa circostanza può essere espressa dalla formula "Il negativo è negativo del negativo", cioè è "non negativo"; e appunto per questo – assumendo che il non negativo sia positivo – si può concludere che "Tutto è positivo". Del resto, questo è implicito nella stessa nozione di negativo, perché il polo che viene negato è per ciò stesso negativo; sicché ogni negazione è negazione di un negativo. Proprio per questo il negativo (appunto in quanto non negativo) è positivo. Insomma, essendo tutto negativo, ma rivelandosi poi il negativo, in quanto non negativo, positivo, ecco che si deve concludere che tutto è positivo.

Quanto al lato ottimistico – quello per cui è il negativo a rovesciarsi in positivo – esso è rappresentato per esempio dalla circostanza che persino infliggere sofferenze, anche le più grandi, all'uomo (cioè il gesto peggiore nei confronti dell'umano), può essere giustificato dall'affermazione che si tratta di un'operazione salvifica nei confronti del suo corpo (per esempio nel caso dell'intervento chirurgico e farmacologico); addirittura, poi, l'agire negativo assume necessariamente un volto positivo nella misura in cui anche l'azione più nociva può sempre essere vista come qualcosa che è conforme alla natura di chi la patisce (se non altro per il fatto stesso che egli la subisce), ed almeno in questo senso è giusta nei suoi confronti. Per esempio, la malattia, cioè la patologia (*pathos* = affezione, sofferenza) appare connaturata e quindi appropriata alla natura di un essere senziente-paziente come l'umano; e in questo senso addirittura la morte appare del tutto adatta alla natura del mortale (che il mortale muoia è, infatti, una tautologia), e in questo senso giusta nei suoi confronti. Per questo verso, la rottamazione dei mortali è, nello stesso tempo, il superamento del luogo stesso della malattia e della sofferenza: l'apocalisse coincide con l'utopia.

Ma – come si diceva – questa contraddizione/confusione totale alla quale il discorso filosofico pare condurre dipende da un'assunzione negativa, cioè dal fatto di identificare la differenza con la negazione, ovvero ogni differente con un polo di una dualità negativa, quella per cui ciascuno dei due poli è la negazione dell'altro. È però possibile anche una prospettiva diversa, che considera ogni entità come un polo di una dualità totalmente positiva: ogni entità si determina mediante tutto, cioè mediante ogni 'altra' entità. In questa prospettiva la differenza si distingue dalla negazione (perché la relazione tra i due differenti poli è qualcosa di diverso dal loro reciproco negarsi), e in tal modo risulta possibile distinguere davvero il positivo dal negativo: essi si co-istituiscono a vicenda, ma conservando la loro differenza. Di conseguenza le determinazioni, per quanto differenti, risultano reciprocamente compatibili; sicché la congiunzione di tutte le determinazioni si presenta come un insieme coerente. E addirittura persino la congiunzione del positivo con il negativo, cioè la contraddizione, si presenta come coerente nel proprio autotogliersi⁸. All'interno di tale prospettiva risulta dunque possibile tenere insieme tutte le dimensioni e tutti i livelli della realtà in maniera coerente, cioè in maniera compositiva: ogni determinazione, ponendo (mediante la co-istituzione) ogni altra determinazione, la rende positiva. In tale dimensione, nella quale ogni determinazione fa tutt'uno con ogni altra determinazione (che essa com-pona), ogni negazione – in quanto è negazione di qualcosa che comunque la determina/co-istituisce – viene

8 Anche due entità che si rapportano negativamente l'una con l'altra si co-istituiscono comunque persino mediante tale rapporto; sicché anch'esse si rapportano positivamente (si determinano reciprocamente, si co-istituiscono, si com-pongono) proprio mediante tale reciproca negazione. Pensare positivamente il negativo, e la sua distinzione rispetto al positivo, significa quindi pensare positivo e negativo come poli che si determinano l'uno mediante l'altro, che si co-istituiscono a vicenda. In questo senso la contraddizione in cui consiste la congiunzione del positivo e del negativo risulta originariamente risolta nella misura in cui i due si costituiscono come poli di una dualità positiva.

ad essere negazione di se stessa. Da questo punto di vista, dunque, ogni negazione (ogni negativo) è un 'autonegazione, quindi una contraddizione'⁹.

Questa posizione consente di definire davvero il positivo, in quanto lo pensa come qualcosa di anche-diverso dalla negazione del negativo. Esso è davvero positivo solo se è tale anche in relazione al negativo, e quindi solo se pure la sua relazione al negativo è positiva. Questo accade nella misura in cui il positivo si distingue dal negativo in toto, quindi pure da quella peculiare forma di negativo che è il non negativo, cioè il negativo del negativo¹⁰. Esso si distingue dunque dal Negativo (scritto con la maiuscola per significare appunto la totalità del negativo) nella misura in cui anche il differire del positivo rispetto al negativo appartiene al positivo, cioè si realizza mediante quella che possiamo chiamare la pura differenza: una differenza che si distingue tanto dalla negazione quanto dalla non negazione¹¹. Differendo mediante una relazione di pura differenza rispetto al negativo, il positivo si presenta come puro positivo, cioè come puramente differente tanto dal negativo quanto dal non negativo.

Questo punto così formale è decisivo proprio dal punto di vista pratico ed anche operativo. Perché, risultando in tal modo possibile distinguere davvero il positivo dal negativo, risulta possibile pure definire-determinare chiaramente e l'uno e l'altro, e quindi superare ogni confusione. Determinando chiaramente sia il positivo che il negativo, risulta ora possibile (almeno in linea di principio) separare ogni cosa dal negativo e congiungerla con il positivo. L'autentico atteggiamento filosofico è quello che in ogni istante riesce a determinare il positivo, distinguendolo anche dalla totalità del negativo, ivi compreso il non negativo.

Abbiamo qualche esempio concreto di questa prospettiva, di questo atteggiamento? Qualche esempio, diciamo così, di puro positivo? La questione è molto delicata. E da un certo punto di vista la risposta potrebbe essere negativa, almeno nel senso che il puro positivo è proprio e solo ciò che resta definito mediante questa relazione positiva con la totalità del negativo (ovvero con il Negativo, scritto con la maiuscola); sicché l'unico vero esempio di puro positivo potrebbe essere il positivo stesso (cioè il positivo in quanto tale, ovvero il Positivo), il quale comprende come suo aspetto il puro positivo. Da un altro punto di vista, però, ogni cosa, in quanto positiva (cioè congiunta con il positivo) incorpora in sé, come proprio momento, il puro positivo (cioè la relazione

9 Vale qui la formula "Ogni negazione (negativo) è una contraddizione", la quale può essere giustificata nel modo seguente. Ogni cosa si determina mediante ogni (altra) cosa; quindi si accorda con ogni (altra) cosa. In tale dimensione la negazione, da parte di una cosa (x), di qualsiasi (altra) cosa (y), assume la forma di una contraddizione, dal momento che x nega qualcosa (y) che la costituisce, quindi qualcosa che in qualche senso x stessa è; in tal modo x, negando y, nega se stessa e quindi, in quanto autonegazione, viene ad essere una contraddizione. Vale qui dunque la formula "11 negativo, in quanto contrapposto al positivo, è auto-negativo".

10 Vale qui dunque la formula "11 positivo differisce puramente dal negativo in toto, quindi anche dal non negativo".

11 Tanto dalla differenza-che-è-negazione quanto dalla differenza-che-non-è-negazione (cioè che-è-negazione-della-negazione).

positiva con la totalità del negativo). Da questo punto di vista, dunque, ogni cosa positiva costituisce un esempio del puro positivo. Lo sguardo filosofico è, in questa prospettiva, quello che sa cogliere il peculiare tipo di dualità implicito in ogni entità, cioè il suo determinarsi, rispetto al Negativo, come puro positivo. Il vero positivo è dunque ciò per cui ogni cosa positiva è tale. E dunque esso ciò per cui il superamento della malattia, del dolore e della sofferenza, che in un'ottica negativa assume la forma della tragica rottamazione del mortale e della giustificazione di tale 'sacro macello', presenta il volto trasfigurato del compimento pieno delle aspettative dell'umano.

Se questo è vero, allora un esempio di puro positivo in medicina lo abbiamo già indicato nel momento in cui abbiamo ricordato quella situazione, di cui sopra si è detto, nella quale i cuori dei cardiologi si sono messi a battere ritmicamente e all'unisono in relazione alla cura dei cuori dei pazienti. Certo, bisogna distinguere questo evento particolare da quello che possiamo chiamare il positivo in quanto tale (e quindi anche il puro positivo), perché anche queste iniziative reali e concrete, in quanto sono qualcosa di diverso dal positivo, possono congiungersi al negativo e quindi rovesciarsi in negativo. E tutta l'attenzione 'filosofica', scaturendo da questa consapevolezza, deve essere appunto rivolta a far sì che ogni variazione/ spostamento del contesto costituisca un rinnovamento (una rideterminazione) del positivo piuttosto che un suo rovesciamento in negativo. Ma quello che qui importa, ora, è che tale attenzione tipicamente filosofica – attenzione al momento presente, consapevolezza, sguardo d'insieme, interconnessione dei vari livelli etc. – si realizza facendo tutt'uno con la pratica medica. Le due dimensioni (funzione medica e consapevolezza filosofica) restano distinte, ma fanno tutt'uno in quanto si co-istituiscono a vicenda. La scelta della professione medica è il risultato della vocazione filosofica dell'uomo-medico. In tal modo la pratica medica, pur con tutte le sue contraddizioni e quindi con tutti i motivi di legittima lamentela, resta giustificata (resa giusta) dal fatto di costituire la scelta che porta a compimento la vocazione che guida l'umano verso la manifestazione della vita libera dalla patologia della sofferenza.

Filosofia e medicina.

Riflessioni su uno scritto di Luigi Vero Tarca

Alfredo Salucci

La medicina è un'arte, una pratica con caratteristiche proprie molto diverse dalle altre professioni. Chi ha scelto di fare il medico, oltre all'impegno nello studio, almeno pari a quello di tante altre discipline, presto si rende conto che deve guadagnare il prima possibile la capacità di relazionarsi con gli altri e la capacità di sintesi.

In campo medico, lo studio, la riflessione, il dialogo con i colleghi sono momenti importanti ma non sempre attuabili durante la pratica medica. Spesso, infatti, la richiesta di intervento non lascia tempo per fermarsi a riflettere, a consultare testi o confrontarsi con altri colleghi, ma richiede un'azione immediata e decisa. Decisione che deve scaturire dalla conoscenza e dall'esperienza.

I medici hanno il timore di diventare «semplici strumenti di un apparato tecnico-scientifico-amministrativo» (Tarca, *infra*, p. 15), e la cura che è il fine dell'agire medico rischia di «rovesciarsi in un mezzo il cui vero scopo diventa la crescita e il potenziamento di quell'organismo che è l'apparato stesso» (Tarca, *infra*, p. 17). Il timore di diventare strumenti insieme ai pazienti di una Tecnica con la T maiuscola, come osserva Tarca è reale. La tecnica garantisce la coerenza tra mezzo e scopo e assicura la realizzazione dei progetti. La scienza (*epistème*) è passata nel corso degli anni da una verità riferita alle leggi di natura, quindi oggettiva, a divenire soggettiva nell'età moderna con Galileo e Newton fino a Kant. La verità diventa l'accordo tra ciò che pensa l'uomo e la realtà oggettiva (naturale) e se queste realtà non sono identiche non resta che conformare la realtà naturale ai nostri modelli.

Inizia così la prima trasformazione che in epoca contemporanea segna un punto, per Tarca, di non ritorno, in cui la progettazione e manipolazione del mondo investono direttamente anche l'uomo stesso. Tutto è indirizzato a raggiungere uno scopo, e la tecnica diventa tanto totalizzante da inglobare anche l'autore dei progetti: l'uomo. La sua trasformazione peraltro è già iniziata con l'era dei vaccini, dei trapianti e poi con *l'enhancement*, il miglioramento dell'uomo attraverso tecniche di ingegneria genetica. Una Tecnica che deve migliorare la realtà e l'individuo, così lo stesso uomo diventa un mezzo per realizzare l'uomo nuovo "*geneticamente modificato*". In questa ottica la cura dell'uomo esige la cura dell'apparato tecnico in cui siamo inseriti, in pratica il medico deve curare la sanità intesa nel suo complesso: paziente, tecnica, istituzione, collaborazione tra i medici, comunicazione.

E qui, secondo Tarca il medico, incontra il filosofo, e il medico stesso diventa filosofo: *nella gestione dei rapporti umani e istituzionali*, mentre il filosofo diventa medico,

capace di prendersi cura del proprio corpo. Entrambi resteranno medico e filosofo, ma entrambi avranno bisogno l'uno dell'altro. È necessario capire quello che sta accadendo e le sfide anche dal punto di vista etico che oggi, e ancora di più in futuro, siamo chiamati ad affrontare. Tarca chiarisce che un «ottimo medico non sarà mai un grande professore di filosofia, ... ma è possibile pensare una situazione che sia nello stesso tempo clinicamente “perfetta” e filosoficamente compiuta» (Tarca, *infra*, p. 23).

La componente tecnica resta essenziale, non bisogna pensare di aggiungere alla competenza clinica quella filosofica, infatti: «La vera vocazione, piuttosto, è quella che chiama a un'esperienza nella quale ogni identità esperienziale (medica, filosofia, e così via) comprende in qualche modo tutte le dimensioni che la riguardano facendole con-vivere in maniera armonica» (Tarca, *infra*, p. 24). E per non compromettere quest'armonia nessuna disciplina deve pretendere l'esclusiva. Preciso ciò, e in questa ottica, Tarca afferma che «la vera vocazione del medico è filosofica» (Tarca, *infra*, p. 24). Intendendo che la «funzione medica e la consapevolezza filosofica restano distinte, ma fanno tutt'uno in quanto si co-istituiscono a vicenda». In altre parole, il medico con la sua vocazione filosofica avrà maggiori risorse e capacità per affrontare non solo i malanni del corpo, ma anche le numerose problematiche prese in esame. Inoltre, la filosofia può aiutare il medico a migliorare i suoi rapporti col paziente e facilitare anche la comunicazione della verità. Cosa molto difficile in quanto si deve considerare a chi si comunica una data verità e se a chi si comunica sia in grado di viverla.

Possiamo ritenere la riflessione filosofica anche una risposta e una cura alla sindrome del *burnout*, un processo stressogeno, oggi sempre più presente nella classe medica e paramedica. Infatti, la filosofia aiuta ad affrontare e superare i rapporti con l'istituzione.

In tal senso, la vocazione filosofica del medico favorirebbe il dialogo pacato, ragionato, veritiero, e predisporrebbe anche e soprattutto l'ascolto.

In conclusione, la vocazione filosofica nella professione medica sarà utile anche per affrontare le grandi sfide etiche presenti e future, che la Tecnica, con la T maiuscola, come scrive Tarca, ci impone di affrontare.

Ci sarà tanto da disvelare in futuro e in questo disvelamento i filosofi possono essere di grande aiuto al medico. Le sfide etiche che la tecnica già ci propone come il fine vita, l'eutanasia, l'*enhancement* e quanto ancora ci riserverà l'ingegneria genetica fino alla ricerca dell'immortalità. Questioni che il medico già vive, ma che non può e non deve affrontare da solo.

A tal proposito, Tarca si pone una domanda: «quanto migliorerebbe la nostra società se il sapere... invece di essere relegato nelle “chiese” istituzionali e sequestrato dagli apparati ufficiali, circolasse liberamente e spontaneamente per il corpo sociale, come energia libera?» (Tarca, *infra*).

È un chiaro invito a chi sa di mettere a disposizione il suo sapere per tutti. Solo così miglioreremo non solo la nostra esistenza sotto l'aspetto della conoscenza ma anche sotto l'aspetto psicofisico.

Medici e filosofi di fronte alla sofferenza

Massimo Corsale

I filosofi sono dei moralisti? E i moralisti sono filosofi? In linea di principio, direi proprio di no. Anche se i libri di storia della filosofia generalmente non fanno distinzione, né tra filosofi e moralisti, né tra i diversi livelli di discorso all'interno del pensiero di ciascun filosofo. A mio parere però si tratta di una confusione dannosa, perché da un lato oscura la vera funzione analitica e critica della filosofia, mentre dall'altro rischia di contrabbandare modelli culturali storicamente connotati come fossero teorie filosofiche.

Bisogna, è vero, tener presente che da circa un secolo a questa parte le scienze fisico-matematiche e naturalistiche, con le loro mirabolanti acquisizioni e l'effetto irresistibilmente accattivante delle loro applicazioni tecnologiche e terapeutiche, hanno acquisito una tale egemonia sulla cultura del nostro tempo da produrre un impoverimento impressionante dei discorsi dei filosofi (soprattutto anglosassoni) quando sono loro succubi. E per converso in Europa continentale, anche sotto la pregressa influenza, diretta o indiretta, delle varie forme di marxismo e dell'ideologia dell'"impegno", molti filosofi di professione sono stati tentati dall'assumere un ruolo di moralisti, quando non addirittura di guru (talvolta mutuandone anche le oscurità di linguaggio): nell'intento (velleitario) di rendere la filosofia utile o addirittura incisiva sul corso degli eventi storici. Senza tener conto però del fatto che quando i filosofi hanno ritenuto di avere titolo per governare la società (vedi Platone) o addirittura per proporre di "cambiare il mondo" (vedi Marx), il totalitarismo si è presentato alle porte.

Ma alcuni di noi intendono sottrarsi a quest'alternativa a mio parere mortificante per la filosofia, provando a recuperare il ruolo essenziale di chiarificazione concettuale e linguistica e di esplicitazione delle ideologie e delle ipostasi sottostanti ai discorsi: tutti, sia quelli correnti che quelli scientifici o addirittura quelli filosofici. Cominciando per esempio con l'esercitare questa analisi a proposito di una tematica sulla quale si ritiene da molti (giustamente) che l'influenza attiva della filosofia possa essere utile: quella dei comportamenti umani e delle strutture sociali che si occupano della sofferenza cercando, se possibile, di lenirla.

Perciò, molto prima di decidere e quindi suggerire come debbano comportarsi le istituzioni della società nonché i relativi professionisti nell'affrontare la sofferenza, spetta proprio ai filosofi cercare di comprendere in cosa consista e quale ruolo svolga quest'ultima nell'ambito dell'esperienza umana. E di conseguenza individuare i diversi approcci ad essa e analizzarne il senso.

Ebbene, la sofferenza è un dato incontrovertibile, una dimensione dell'esperienza umana talmente radicale da aver trovato collocazione, e una proposta di spiegazione,

addirittura nelle prime pagine della Bibbia. Ma, come tutti sappiamo per esperienza diretta (confermata anche dai testi sacri di tutte le religioni), la concettualizzazione di questo tipo di esperienza risulta molto complessa. E questa complessità ha conseguenze pesanti sulle strategie che eventualmente si volessero mettere in campo per lenire la sofferenza.

C'è la sofferenza patita in conseguenza di affezioni fisiche, ma anche quella percepita pure fisicamente ma in conseguenza di dinamiche mentali; c'è la sofferenza occasionale ma anche quella permanente; c'è la sofferenza come perdita, ma anche quella derivante dallo sforzo per conseguire qualcosa cui si tiene; c'è quella vissuta in seguito a una sconfitta, ma anche quella derivante dal rimorso; e (*last but not least*) oltre alla sofferenza subita c'è anche quella inferta ad altri (volontariamente o involontariamente, consapevolmente o inconsapevolmente). E si potrebbe continuare, fino ad arrivare a quella finale, decisiva, che condiziona tutte le altre: la prospettiva della morte.

Sotto questo profilo la sofferenza è un privilegio umano, perché è il corrispettivo della nostra consapevolezza di *esserci*, ed è la conseguenza ovvia dello sforzo per salvaguardare e rafforzare questo nostro *esserci*, col fondato timore che qualcosa o qualcuno possa aggredirlo fino a distruggerlo. Ma se è un privilegio, viene da chiedersi se sia opportuno cercare di elaborare strategie per lenirla, questa sofferenza.

Siccome però si tratta di un privilegio costoso, giusto o sbagliato che sia (qui ognuno può pensarla come vuole) di fatto gli umani da sempre hanno elaborato strategie articolate per affrontare la sofferenza, nelle sue diverse manifestazioni. Si comincia con la mamma che asciuga le lacrime del suo bambino, si prosegue col papà che cerca di spiegargliela, e così fargli accettare in qualche modo l'ineluttabilità della sofferenza; interviene poi la scuola, che illustra come è fatto il "mondo" con la connessa sofferenza; quindi i ministri delle varie religioni ne propongono un *sensò*, che la renda più accettabile; ci sono poi gli amici del "gruppo dei pari", con i quali si fa un decisivo esercizio di gratificazione ma anche (e forse soprattutto) di sofferenza; e infine i terapeuti del corpo e della psiche intervengono a turare le eventuali (ma probabilissime) falle che possono aprirsi.

Ricordare tutta questa articolazione non è un esercizio pleonastico, perché serve a relativizzare il ruolo del terapeuta in un mondo come quello odierno in cui quest'ultimo, in quanto portatore di conoscenze tecnico-scientifiche, tende ad acquisire una centralità sproporzionata. E di conseguenza, tende ad essere gravato da compiti e aspettative che difficilmente sarebbe in grado di assolvere.

Nel nostro mondo occidentale secolarizzato, infatti, la spiegazione e la giustificazione della sofferenza, e quindi la consolazione lenitiva non sono più affidate alle religioni. E' vero che oggi è ancora massiccia la frequentazione dei santuari taumaturgici: da Lourdes a S. Antonio da Padova, da S. Pio da Pietrelcina a S. Gerardo Maiella, da Montserrat a Pompei e a Medjugorje, e così via. Ma si tratta di forme di religiosità popolare che attraversano, rimanendo più o meno sempre eguali a se stesse, i tempi e le fasi della storia, provengono dai culti storicamente più risalenti che si ripropongono ancora oggi, solo con diverso nome, e testimoniano del bisogno permanente di

protezione genitoriale da parte di grandi masse popolari, in ogni parte del mondo (con buona pace degli ideologi “democratici” di tutti i tempi). Cosa che naturalmente non deve compromettere il più grande rispetto dovuto alla religiosità personale sincera delle anime semplici.

Ma anche queste forme di religiosità iper-tradizionali oggi spesso cercano l'appoggio e la conferma da parte del *totem* dei nostri giorni, la scienza: basti pensare che uno dei santuari taumaturgici ancor oggi più frequentati, quello dove ha vissuto a lungo Padre Pio, è affiancato da un grande ospedale modernissimo, non a caso intitolato al “sollievo della sofferenza”.

Oggi tutte le forme di sapere aspirano a farsi chiamare “scienza” perché questo è il titolo che conferisce loro il massimo prestigio. Giustamente, si dirà: perché la scienza, la *επιστήμη* dei greci, è prodotto tra i più elevati della mente umana. Ma la scienza intesa come *επιστήμη* è il prodotto dell'applicazione del ragionamento rigoroso ai dati tratti dall'esperienza: cioè è la lettura della “realtà” quale appare a tutti noi attraverso i fenomeni, resa però intersoggettivamente condivisibile in quanto depurata dagli elementi di casualità e di soggettivismo che ne rendono inattendibile la versione quotidiana dell'uomo della strada. E questo tipo di scienza comprendeva per i greci anche la filosofia, perché non lasciava da parte né l'indagine sui suoi criteri di attendibilità, né quella sul *sensu* dell'immagine del mondo che ne derivava. Ecco perché dopo duemilacinquecento anni continuiamo a scavare nel pensiero dei greci per ricavarne insegnamenti.

Il *totem* dei nostri giorni è invece un'altra cosa. Esso affonda le sue radici nella geniale intuizione di scienziati e filosofi del XVII secolo, di dedicarsi all'indagine empirico-razionale delle *cause* dei fenomeni (indagine filosoficamente fondata, di fatto, su un'ontologia di senso comune, quella che gli scienziati odierni chiamano pomposamente “naturalismo”), lasciando da parte l'indagine sulle condizioni di attendibilità e sul *sensu* della costruzione intellettuale del mondo, quale da tutto ciò finisce per derivare.

Questa costruzione anti-teleologica del mondo (il quale non a caso ha finito per essere visto, almeno in una prima fase, come un'immensa macchina) ha avuto un successo strepitoso, quale i suoi primi fautori probabilmente non immaginavano nemmeno. Successo che nel giro di due secoli, fra l'inizio del XVII e quello del XIX, ha capovolto il rapporto di credibilità fra la scienza e le sue istituzioni, da un lato, e la religione e le sue, dall'altro. Finché la rivoluzione industriale non avrebbe innescato, per la prima volta nella storia, un processo di stimolazione reciproca tra scienza e tecnologia, destinato a capovolgere il tradizionale dominio della natura sull'uomo nel suo contrario. I cui effetti costituiscono il terreno su cui camminiamo ogni giorno tutti noi.

Oggi questo processo suscita in molti un crescente disagio, se non addirittura angoscia, di fronte al rischio incombente di trasformazioni radicali, incalcolabili e ingovernabili, del contesto di vita che il genere umano ha conosciuto finora. Ma questo non ha (ancora) dissolto presso l'opinione pubblica l'aura sacrale che circonda il sapere scientifico e colloca i suoi presunti portatori sul livello di credibilità sociale più elevato.

In questo contesto i terapeuti del corpo e della mente si trovano in una posizione molto particolare. Il rapporto con i loro interlocutori sociali privilegiati, i cosiddetti pazienti, è basato su una serie di aspettative reciproche che tutti sanno essere sostanzialmente infondate, il che però non impedisce loro di comportarsi come se esse potessero e dovessero essere rispettate.

Medici e psicoterapeuti infatti si fanno forti del prestigio che dovrebbe derivare loro dalla scienza; la quale a sua volta, secondo un'opinione scontata, perseguirebbe la "verità", o quantomeno avrebbe i titoli per avvicinarsi più di qualunque altra pratica sociale. E su questo prestigio si fonda il loro rapporto biopolitico (Foucault) con i pazienti.

Si dà il caso però che la scienza consista in un insieme di teorie "vere" che però non perseguono la "verità". Infatti esse sono "vere" perché consistono in elaborazioni fondate su protocolli a loro volta derivanti da esperienze effettive, e valgono se e finché non saranno messe in crisi da ulteriori esperienze che costringano gli scienziati a nuove elaborazioni. Ma nessuna di queste elaborazioni ha titolo per essere considerata sia pure soltanto un passo avanti verso una "verità" che si pretenda esistere dietro i fenomeni con cui ce la dobbiamo vedere tutti i giorni, verità che sarebbe in attesa di essere "svelata" da qualche sacerdote della conoscenza. Questa "verità" infatti esiste solo nella mente degli ontologi, e oltre a essere indimostrabile, si dà il caso che venga sistematicamente smentita nella pratica della ricerca scientifica, laddove giorno per giorno vengono sgretolandosi e perdendo consistenza oggettiva componenti essenziali di questa realtà ontologica (pensiamo per esempio alla fine che ha fatto il "tempo" nella sua tradizionale concezione newtoniana). Il "mondo", cioè il tutto, comunque ontologicamente concepito, come "macchina" ovvero come "organismo", si frantuma tra le mani di chi cerca heideggerianamente di "svelarlo".

In questa situazione, la garanzia di scientificità viene cercata, comprensibilmente, nel restare quanto più possibile vicino ai protocolli, e quindi alle esperienze specifiche. Questo spiega, tra l'altro, l'irresistibile tendenza della medicina "scientifica" alla frammentazione specialistica, e quindi all'allontanamento del medico da quel rapporto "umano" col paziente che invece i filosofi moralisti invocano per migliorare la qualità della funzione terapeutica.

In effetti, per rapporto "umano" qui in pratica si intende quello che i sociologi chiamano rapporto "primario": ossia quello faccia-a-faccia in cui i due attori sociali si considerano reciprocamente nelle rispettive integralità, quindi portandovi le loro personalità, i loro vissuti, così come normalmente avviene tra amici e persone di famiglia. Qualcosa del genere avveniva in passato con la figura del medico condotto di paese, che viveva paternalisticamente il rapporto con i suoi pazienti, di ciascuno dei quali egli conosceva il retroterra di vita.

Ma questo era appunto possibile all'interno di una struttura sociale di tipo comunitario, che oggi tende a dissolversi anche nelle zone rurali; figurarsi nelle realtà urbane predominanti nelle società industriali e post-industriali, in cui i rapporti prevalenti non sono quelli primari, faccia-a-faccia, bensì quelli "secondari": rapporti in cui ciascuno si

presenta con un ruolo specifico, complementare rispetto a quello dell'altro, e quindi si aspetta dall'altro un comportamento coerente con quel ruolo, una prestazione determinata, che del resto costituisce il motivo stesso dell'incontro. Tra questi ovviamente rientrano i rapporti professionali.

In quest'ultimo tipo di rapporto i vissuti dei due attori sono scarsamente rilevanti in linea di principio, a meno che alcuni loro aspetti non lo diventino proprio ai fini della prestazione oggetto del rapporto. Per esempio, il medico può chiedere al paziente un'anamnesi, utile per chiarire aspetti rilevanti della fattispecie in esame: e solo a questo fine può diventare importante parlare dei gusti alimentari, o delle abitudini sessuali, o di eventuali traumi infantili, o del rapporto con animali domestici, o altro. Mentre a sua volta il medico terrà a tranquillizzare il paziente sotto il profilo della propria competenza, magari ostentando alle pareti dello studio il maggior numero possibile di diplomi e attestati professionali.

In contesti sociali in cui la transizione dalla campagna alla città è avvenuta di recente, e anche la città non è caratterizzata dalla decisiva presenza di una borghesia urbana di antica tradizione (come per lo più avviene ancor oggi in Italia meridionale), spesso sopravvivono modelli culturali di natura comunitaria in contesti urbani. E quindi sopravvive la tendenza a favorire modelli di tipo primario anche in rapporti che invece ne richiederebbero di tipo secondario. Questo tende a essere scambiato per umanizzazione del rapporto. Mentre invece dà luogo a una sua qualità peggiore, perché all'interno di un'organizzazione burocratica formalizzata il medico che si dilunga a parlare di fatti personali, propri o del paziente, irrilevanti ai fini della terapia infastidisce giustamente gli altri pazienti in coda, e magari suscita sospetti di ingiusti favoritismi quando non addirittura di forme di clientelismo.

Si dirà: ma forse è proprio l'organizzazione burocratica a costituire il problema. Si risponde: no, non è l'organizzazione burocratica, con la sua razionalità e la sua adeguatezza a una società egualitaria, a essere disumanizzante. Bensì lo sono le sue *défaillances* dovute a forme di personalismo, clientelismo, corruzione e concussione, lassismo, abuso d'ufficio e altro: ossia in pratica a sopravvivenze di modelli imperfettamente "secondari". I colpevoli sono i cattivi attori che gestiscono l'organizzazione, i quali possono trovarsi a qualunque livello, dal direttore generale all'ultimo ausiliario. E quindi a rendere "disumano" il rapporto medico-paziente non sono i medici-burocrati, ma i medici corrivi o addirittura corrotti.

Basti pensare a una piccola innovazione tipicamente burocratica, che è stata recentemente introdotta in forma generalizzata nelle sale d'aspetto degli ambulatori medici e degli uffici pubblici: la chiamata dei clienti allo sportello in base al numero d'ordine contenuto nel bigliettino staccato da ciascuno all'ingresso. In questo caso la logica burocratica ha migliorato, umanizzandola, la vita dei clienti e quella degli addetti. E questo discorso vale per tutta la burocrazia: che, come ha dimostrato Max Weber, è la forma di organizzazione più adatta a garantire efficienza del servizio ed eguaglianza di trattamento in una società di massa.

Certamente, in linea di principio il rapporto medico-paziente non può che soffrire dalla parcellizzazione del trattamento (che peraltro abbiamo visto essere conseguenza inevitabile del “progresso” della scienza). E questo è vero perché una considerazione olistica del disagio del paziente permetterebbe di personalizzare la terapia rendendola più efficace. E nel nostro tempo molti pazienti, intuendo più o meno chiaramente questo problema, si rivolgono a medicine alternative a quella “scientifica”: per esempio l’omeopatia, l’ayurvedica, la cinese, la pranoterapia o altre. In questi casi però non è tanto l’atteggiamento del medico che cambia, quanto il tipo di sapere che viene utilizzato, il quale per lo più parte da un’immagine dell’essere umano discendente da un’intuizione religiosa, e pertanto ha meno bisogno di rincorrere i protocolli di esperienza, per essere credibile. La sua credibilità è data per scontata dal paziente che decide di crederci. E il fatto che queste pratiche abbiano anche una serie di successi non costituisce una prova della loro fondatezza, perché tutte le pratiche magico-religiose, in ogni tempo e luogo, hanno avuto riscontri positivi.

Casomai, questi riscontri potrebbero suggerirci un atteggiamento più prudente e scettico anche verso la medicina ufficiale: non per fare i nichilisti a buon mercato, ma per mettere un freno alla deriva di medicalizzazione universale che imperversa nella nostra società occidentale, e che è una delle principali fonti di disumanizzazione della nostra vita.

La vocazione filosofica della professione medica nell'era digitale. Quale futuro?

Stefano Pepe

Non sono un filosofo, ma non posso che concordare con quanto dice Tarca, cioè che la vocazione del medico è affine a quella del filosofo nel senso che entrambi, medico e filosofo, mirano alla cura dell'umano, anche se in ambiti diversi e con finalità diverse: il medico mirando alla guarigione dalla malattia, il filosofo dal male in generale. Da medico vorrei provare a rispondere a due domande basilari: cos'è un medico e cosa desidera il sofferente dal medico a cui si rivolge? Non sono domande banali, soprattutto in un momento storico caratterizzato da una profonda crisi vocazionale della professione medica e dall'erosione della fiducia del paziente nei confronti della medicina stessa.

Proviamo a rispondere. Cos'è un medico? O meglio, cosa contraddistingue il “bravo” medico? Per esperienza direi due cose: la padronanza delle tecniche diagnostico-terapeutiche e la capacità di relazionarsi efficacemente con una popolazione particolare, quella dei sofferenti. Ed è proprio nella capacità di relazionarsi con il mondo della sofferenza che affiora la vocazione filosofica del medico. Prendere coscienza di essere malato, soprattutto nel caso di una malattia in grado di mettere a repentaglio la vita, è un evento apocalittico nel senso della “rivelazione” di una verità talmente diversa dalle nostre opinioni comuni da mandare il nostro mondo in frantumi. A tale proposito, Freud osservava come «La scuola psicoanalitica ha potuto [...] affermare che non c'è nessuno che in fondo creda alla propria morte, o, detto in altre parole, che nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità» (Freud, 1915, p. 137).

Prima dei grandi progressi nella diagnostica e nella terapia, il *corpus* dottrinario del medico era estremamente limitato. Erano tempi nei quali la diagnosi scaturiva dalla raccolta di dati sensibili in modo essenzialmente descrittivo e le possibilità terapeutiche erano limitate per lo più ad interventi di tipo chirurgico. L'abilità del medico era basata sulla memoria di centinaia di casi che rappresentava la principale fonte da cui attingere per la formulazione della diagnosi e per la pianificazione della cura. La memoria della casistica rappresentava il *data-base* del medico, fatto di esami obiettivi, anamnesi, dal ricordo di successi e sconfitte. La comunicazione empatica medico-paziente aveva un ruolo importantissimo nella quale erano privilegiati, come specificato da Massimo Corsale in questa pubblicazione, gli aspetti relazionali di tipo primario: medico e paziente si relazionavano integralmente, portando all'interno della relazione le loro personalità, i loro vissuti, così come normalmente avviene tra amici e persone di famiglia. Stando così le cose, la pratica clinica giornaliera era la palestra nella quale il

medico formava il suo sapere. La curva di apprendimento, tanto per usare un termine moderno, era continua e progrediva nel tempo, affinando, durante il percorso professionale, le capacità empatiche e comunicative che erano parte integrante del processo di cura.

Oggi, le cose sono radicalmente cambiate. Con l'avvento di tecniche radiodiagnostiche innovative e con l'introduzione di biosensori in grado di valutare in tempo reale le condizioni cliniche del paziente, le possibilità diagnostiche del medico sono senza confronto rispetto al secolo scorso. Attualmente il clinico potrebbe stilare diagnosi incomparabilmente più precise rispetto a cinquanta anni fa senza ricorrere all'esame clinico del malato, avvalendosi dei soli dati laboratoristici, radiologici e fisiopatologici registrati in tempo reale (es. ECG, saturazione ematica dell'ossigeno e così via). Anche in campo terapeutico l'avvento del sequenziamento genico e della bioinformatica permettono lo studio della patogenesi della maggior parte delle malattie a livello molecolare e la messa a punto di strategie terapeutiche estremamente avanzate e personalizzate.

È evidente come il medico abbia cambiato pelle. Oggi il medico deve dominare un *corpus* tecnico-terapeutico imponente, in uno scenario dove la relazione medico-paziente perde la sua centralità nel processo di cura. Gli aspetti relazionali subiscono una sorta di "scheletrizzazione", anche dettata dalla progressiva "aziendalizzazione" dell'istituzione sanitaria che norma il rapporto tra medico e paziente comprimendolo in ruoli predefiniti dall'istituzione sanitaria, pubblica e privata. La relazione diventa di tipo professionale nella quale il curante si rapporta non tanto con il malato, ma con la malattia. In tale contesto, come sottolineato da Anna Gorrese in questo volume, si tende ad un modello consumistico che trasforma l'assistenza e la cura in un qualcosa d'impersonale e standardizzato per rispondere a criteri di efficienza economica nella quale il paziente diventa cliente e il medico funzionario del sistema sanitario.

Se il ruolo e il modello operativo del medico sono cambiati, non sono cambiati i bisogni più profondi del malato: essere curati e accompagnati. Anatole Broyard, intellettuale e critico letterario raffinato, ha attraversato i territori di una malattia mortale, lasciandoci una sorta di diario di viaggio, mirabile per concisione e raffinatezza. Cedo a lui la parola: «Cosa voglio in un dottore? [...] mi piacerebbe un dottore che fosse non solo un eccellente medico del fisico, ma anche un po' del metafisico. Qualcuno che sappia curare il corpo e l'anima [...] Per avere accesso a mio corpo, il mio dottore deve arrivare al mio carattere [...] E' un peccato che i medici non leggano un po' di poesia come parte della loro formazione. Il morire o l'esser malato è una specie di poesia. Un deragliamento [...] Quindi credo che i medici potrebbero studiare la poesia per capire queste dissociazioni, questi deragliamenti, e in tal modo abbraccerebbero la condizione del paziente in maniera più completa [...] Voglio che sia il mio Virgilio, che mi guidi attraverso il mio purgatorio o inferno che sia, indicandomi tutto quello che c'è da vedere mentre procediamo (insieme) [...] Non c'è bisogno che il mio dottore mi ami, non ne vedo il motivo; né mi aspetto che soffra assieme a me. Non gli chiedo molto del suo tempo: vorrei solo che meditasse sulla mia situazione per cinque minuti, che almeno una volta si concentrasse su di me, percorresse un breve tratto di strada legato

a me [...] Sono convinto che un medico possa conservare la sua professionalità anche scendendo nell'arena umana [...] Non pretendo che sia uguale a Oliver Sacks, ma mi aspetto almeno la volontà di stabile un contatto, un accenno di empatia» (Broyard, 2008, pp. 82-87).

Se le cose stanno così non possiamo stupirci della profonda crisi che vive il rapporto medico paziente. In un contesto nel quale, come puntualizzava Tarca in una recente intervista (a cura di Salucci, 2020), il medico si è trasformato in una sorta d'ingranaggio di un sistema sanitario condizionato da istanze che appartengono a macrosoggetti le cui finalità sono in gran parte dominate da interessi economico-finanziari e politici che sovrastano la prospettiva lavorativa e quindi l'azione del medico, il medico perde indipendenza e autorevolezza. Cosa possiamo attenderci in futuro? In campo sanitario, siamo agli albori di una profonda rivoluzione. L'evoluzione dell'intelligenza artificiale (I.A.) fa intravedere la sua applicazione, a quasi tutti i campi della medicina. Per esempio, grazie a programmi informatici basati sull'I.A. è ormai possibile la rilevazione di specifiche anomalie dimensionali delle cellule, permettendo il riconoscimento automatizzato delle cellule tumorali in preparati citologici. Questo processo di automazione assiste lo specialista e lo affianca nella *routine* diagnostica anatomopatologica (analisi d'immagine automatizzata); è facile capire come tale applicazione possa abbattere i costi dell'indagine attraverso l'ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche. Una visione aziendale della gestione della sanità è la spinta principale allo sviluppo di sistemi informatici in grado di applicare l'I.A. nei diversi campi della pratica medica. Il sequenziamento del genoma dei tumori, in grado di riconoscere alterazioni genetiche bersagliabili da farmaci di nuova generazione (terapie a bersaglio molecolare specifico), l'impiego di biosensori miniaturizzati in grado di rilevare, in tempo reale, specifiche anomalie di funzionamento del corpo (es. alterazione dei livelli ematici di glucosio, anomalie del ritmo cardiaco) non potrebbero esistere senza il supporto dell'I.A. Ma cosa può portare l'impiego di tale tecnologia in ambito squisitamente clinico, ovvero nel lavoro giornaliero dei medici che curano i malati? Anche in questo campo, estremamente "scivoloso" in quanto comprende, oltre ad aspetti "tecnici" diagnostico-terapeutici, anche qualcosa di più indefinibile come il rapporto medico-paziente, vediamo lo sviluppo di sistemi di I.A. in grado di competere con successo con i medici nella formulazione della diagnosi e nella definizione di programmi terapeutici attivi ed efficaci. In questo contesto, il rapporto tra uomo (medico, ma anche paziente) e tecnologia è destinato a progredire rapidamente, sino al punto in cui l'I.A. sarà molto più rapida, efficiente ed economica nel definire la diagnosi e la terapia più appropriata nel singolo malato. Tale processo è irreversibile e, sospetto, porterà a cambiamenti imprevedibili nei modelli relazionali in ambito medico: il mondo che abbiamo conosciuto scomparirà, con il fondato pericolo di vedere una progressiva sostituzione dei medici con personale specializzato nel linguaggio delle macchine e non in quello degli uomini o, ancor meglio, da sofisticati computer in grado di padroneggiare le tecniche diagnostico-terapeutiche molto meglio dei medici. Non dimentichiamo che i calcolatori sono in grado di connettersi tra di loro per formare una vera e propria rete

in grado di gestire tutte le informazioni provenienti dai biosensori che sorvegliano tutte funzioni dell'organismo. Inoltre, i sistemi informatici possono essere aggiornati contemporaneamente e molto più rapidamente della controparte umana.

In una visione ottimistica, tale rivoluzione evento potrebbe essere il motore non della definitiva marginalizzazione del medico, ma di una profonda revisione del suo ruolo. In un contesto ideale, grazie al supporto dell'I.A., il medico avrebbe più tempo per svolgere quel ruolo di "mediatore" tra il mondo dei sani e quello dei sofferenti. In fondo è quello che ha sempre fatto fino alla metà del secolo scorso, ma, in questo caso, lo farebbe nel contesto di una medicina ad alto contenuto tecnologico: diagnosi precise, terapie efficaci, controllo dell'evoluzione della malattia coadiuvato da biosensori personalizzati. Potremmo addirittura immaginarlo, il nostro medico del futuro, intento a conversare con i malati delle loro patologie, ma non solo, per gran parte del suo orario di lavoro, tornando ad essere, insomma, quella sorta di Virgilio in grado di accompagnare il malato nelle stanze della malattia, magari accendendo le luci per rischiarare gli ambienti nei momenti più bui. Ecco il nostro "nuovo" medico, forte di una preparazione accademica nella quale filosofia e scienze umane dovranno ritornare ad occupare una parte importante del suo percorso formativo, riscoprire l'arte di rimanere accanto al paziente in attesa *che la terapia, e non più la natura, faccia il suo corso*, tornando, finalmente, interpretando Novalis, a trasformare la medicina nell'arte di vivere.

Professione medica, vocazione filosofica, esperienza antropologico-culturale.

Vincenzo Esposito

I medici sono tecnici e di ciò si lamentano, scrive Tarca, perché rischiano di diventare «strumenti di un apparato di tipo tecnico-scientifico-amministrativo» (Tarca, *infra*, p. 15).

Nell'ambito delle discipline demoetnoantropologiche, è l'Antropologia medica quel campo di studio che spinge gli antropologi verso la riflessione teorica non disgiunta da una pratica etnografica utile per “la comprensione e l'analisi del versante socio-culturale dell'esperienza corporea e dei processi di salute/malattia”. Un settore antropologico che si occupa della “continua integrazione tra dimensione biologica e dimensione sociale – condizioni storico-culturali, politico-economiche, sanitarie – nelle peculiarità che corpo, salute e malattia assumono in contesti storicamente determinati”. La salute, la malattia, il benessere, i “sistemi” di difesa della salute”, le pratiche terapeutiche, la nozione di “cura” nei diversi contesti culturali, sono oggetto delle sue attenzioni che provano a coniugare “dimensioni locali e prospettive globali” (cfr. SIAM-Società italiana di Antropologia medica). Ovviamente, nel suo orizzonte scientifico teorico e metodologico, sono ricomprese le norme che regolano contestualmente la relazione medico-paziente e le modalità culturali della costruzione dei rispettivi e reciproci ruoli, sia in privato che nel pubblico dell'arena sociale e dei luoghi “ufficiali” in cui i detti ruoli si “giocano” davanti a un “pubblico di spettatori-attori sociali”.

Nel nostro paese, nel sito web ufficiale della SIAM-Società Italiana di Antropologia Medica, legata all'opera e all'insegnamento di Tullio Seppilli, viene individuato nelle ricerche e negli studi di Ernesto de Martino uno degli snodi più importanti che portò ad una svolta fondamentale il settore dell'AM. Infatti, “dopo gli anni Cinquanta del Novecento”, grazie anche agli studi sulla Lucania e sul Salento pubblicati da Martino, si sviluppò “un ambito di ricerche pubbliche e operative rivolte alla costruzione di strategie per il ripensamento delle istituzioni e delle politiche sanitarie” nazionali “culminato con l'importante contributo dell'antropologia medica al movimento per il superamento delle istituzioni manicomiali”, legata all'opera di Franco Basaglia, Peppe dell'Acqua, Giovanni Jervis, Antonio Slavich, ed altri psichiatri e operatori sanitari che portò alla promulgazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, in tema di “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”. Quella legge che in realtà è stata in vigore solo per pochi mesi, fino al 23 dicembre 1978 quando fu approvata la legge, n. 833, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale e conteneva al suo interno quasi gli stessi articoli della legge 180 conosciuta meglio come “legge Basaglia”.

Dunque, quanto fin qui premesso, mi permette di dichiarare la prospettiva dalla quale parte il mio commento allo scritto di Luigi Tarca, una prospettiva antropologico-culturale-medico-demartiniana, la quale, all'occorrenza, si nutrirà di una serie di suggerimenti che scaturiscono dallo studio dell'opera di altri antropologi culturali e studiosi riportati in bibliografia.

Attraverso questa strumentazione antropologica, proverò a intervenire su alcuni concetti e su alcune questioni sollevate nel testo proposto da Tarca per provare a “giocare” con esse per meglio ri-comprenderle nei confini del mio Settore Scientifico Disciplinare (M-Dea/01).

Il negativo

Nel paragrafo *Le preoccupazioni dei medici e la pratica filosofica della comprensione*, dello scritto di Tarca, l'attenzione mi pare centrata sul concetto di *Negativo*. Negare, *denegare*, rimuovere il negativo con il quale si ha a che fare nella pratica medica e nella relazione medico-paziente. «Mi pare che, dal punto di vista filosofico – scrive Tarca – il gesto fondamentale consista nel distinguere la comprensione di un fenomeno ‘negativo’ dalla sua negazione/rifiuto» (p. 17).

Forse, comprendere un fenomeno negativo vuol dire ricomprenderlo in un sistema di segni e simboli in grado di dar senso al negativo stesso, senza ignorarlo, in un processo comunicativo e autocomunicativo che ne favorisca la comprensione e, se possibile, l'annullamento o almeno il suo contenimento. Anche Ernesto De Martino parlava di “negativo”. Si era imbattuto in esso durante le sue indagini sul Mezzogiorno. La magia lucana e il tarantismo pugliese, il lutto gravissimo e la crisi del cordoglio che ne scaturiva erano interpretabili alla luce di una mancanza. Quella delle più elementari, minime forme di resistenza alla fame, alla malattia, al dolore, alla morte. Tuttavia, nel suo *Sud e magia*, individuò una forma ancora più pesante di negativo, un negativo “*par excellence*” e, in maniera magistrale così ne scrisse a proposito della sua esperienza in Basilicata.

In un regime esistenziale in cui la potenza del negativo coinvolge lo stesso centro della positività culturale, cioè la presenza in quanto energia operativa, serba valore e funzione l'impiego della potenza tecnica dell'uomo non già nel senso profano del produrre i beni materiali economici, o gli strumenti materiali e mentali per il migliore controllo della natura, ma nel senso della difesa di quel bene fondamentale che è la condizione stessa di una partecipazione, per angusta che sia, alla vita culturale. Nel regime esistenziale lucano non ha soltanto particolare rilievo il negativo, per es. della fame o della malattia, ma altresì quello – ben più grave – dei rischi di naufragio della stessa presenza individuale che, mediante l'opera, deve pur fronteggiare in un senso realistico la fame o la malattia, o qualunque altra situazione critica dell'esistenza. E appunto per questo, ancora nella Lucania d'oggi hanno corso tecniche magiche che aiutano la presenza a reintegrarsi dalle sue crisi. Piano realistico e piano magico della tecnica non entrano in contraddizione soggettiva fra di loro perché la magia non ha propriamente per oggetto, come la tecnica

profana, la soppressione di questo o quel negativo, ma la protezione della presenza dai rischi della crisi esistenziale di fronte alle manifestazioni del negativo. Finché sussiste il bisogno di protezione il conflitto non ha luogo; ovvero resta puramente ideale e oratorio: qui sta la ragione per cui il piano magico si mantiene sostanzialmente “impermeabile all’esperienza”, e cioè sia agli insuccessi delle pratiche magiche, sia alla constatazione che i successi accompagnano più frequentemente i comportamenti realistici che non quelli magici (de Martino, 1978, p. 71).

La “Presenza”, per l’etnologo Napoletano, è *ethos del trascendimento*, capacità di attribuire senso all’esistenza, ai problemi, alle mancanze di beni per fronteggiare il momento di crisi e superarlo. In tale prospettiva non è solo la malattia ad essere pericolosa. È pericolosissima la mancanza di “beni culturali” condivisi contestualmente, necessari a definire, configurare la malattia stessa, da soli e insieme agli altri. Se manca la medicina c’è la “bassa magia cerimoniale” a fornire un orizzonte alla crisi. Se non c’è neanche questa c’è il nulla inteso come aggressività parossistica o ebetudine stuporosa. Ovvero la perdita di significato del contesto, delle cose del contesto, delle relazioni possibili nel contesto.

Attori impersonali del potere

Il “negativo”, nel caso della professione medica, forse è rappresentato da ciò che Tarca definisce il *rovesciamento del mezzo nel fine*, ovvero «l’agire terapeutico del medico, che è, originariamente e ufficialmente, il *fine* dell’apparato clinico-sanitario» il quale «rischia di rovesciarsi in un mezzo il cui vero *scopo* diventa la crescita e il potenziamento di quell’organismo che è l’apparato stesso» (Tarca, *infra*, p. 17). Se così fosse, la questione, dal punto di vista antropologico molto interessante, potrebbe essere interpretata alla luce del fatto etnografico – rilevabile in molte istituzioni chiuse come caserme, scuole, collegi oppure ospedali – che vede il potere non più associato a persone umane bensì ad attori impersonali. In altre parole, il potere non è più gestito da un’autorità “in carne, ossa e mente” che detiene le chiavi della decifrazione del “modo simbolico” e della comunicazione stessa; un’*auctoritas* simbolica ma umana. Credo sia questo il punto. Nell’inversione individuata da Tarca, l’*auctoritas* simbolica si è trasferita invece in una catena di attori impersonali ed attraverso essi si mostra e agisce. Appunto impersonalmente. Come scrive Tarca nel paragrafo *Una risposta ‘troppo umana’ alla spersonalizzazione tecnica...*, «sono organismi (organizzazioni, istituzioni, società) che incorporano individui umani, ma che non sono più a loro volta individui umani» (p. 18). Appunto, *attori impersonali* che a causa della loro spersonalizzazione impediscono un confronto dialettico tra più *auctoritates* individuali e propongono la norma, unica, dell’interpretazione corretta, ma certamente immateriale e meno democratica, congruente con le sole finalità dell’istituzione. È evidente che qui non si tratta di disconoscere eventuali “autorità di competenza” ma di subire/soffrire le imposizioni di una *auctoritas* inafferrabile in quanto impersonale.

Così come quando, da antropologi culturali, ci occupiamo di feste e di tradizioni religiose o laiche. Le *authoritates* che in passato negoziavano e mediavano il senso festivo si sono sempre più spersonalizzate e il senso simbolico, il modo di percepire e partecipare alla festa o al rito è stabilito dall'industria e dal commercio e mediato dalla pubblicità. Comparti, questi, sicuramente operanti grazie a individui in carne ed ossa che in essi sono occupati ma che non contribuiscono a definire il senso e il valore del modo simbolico da comunicare, trasmettere, imporre in quanto individui. Quindi, il senso e l'*ethos* con il quale i partecipanti possano avvicinarsi alla (e condividere la) forma festiva contemporanea, risulta essere quello frammentato e impersonale di una temperie edonistico-egemonico-economico-consumistica. (cfr. Apolito, 1993; Dégh e Vazsonyi, 1981, pp. 58 – 71; Esposito, 2005).

Pazienti e medici, medicina e malessere, benessere e cura, sanità e malattia, credo, risentano della stessa modalità della frammentazione contemporanea di cui ho detto sopra. Nessun individuo è responsabile del proprio e dell'altrui stato di salute nella consapevolezza-inconsapevolezza che è il sistema che propone e impone atteggiamenti, rimedi, pratiche e soluzioni alle quali ci si adegua oppure no, senza dialettica, senza discussione. O, per dirla con Tarca «gli individui umani vengono ad essere fortemente *strumentalizzati* dal soggetto-apparato all'interno del quale sono inclusi in quanto corpi rispettivamente bisognosi e datori di cura» (p. 18).

Anche nel “campo della salute”, conclude infatti Tarca, «cose fondamentali come l'aria che respiriamo e il cibo di cui ci nutriamo sono ormai praticamente sottratte alla nostra sovranità, ma anche gli aspetti più *soggettivi* della nostra vita (i giudizi di valore, i desideri, etc.) sono ormai prepotentemente condizionati se non addirittura *costruiti* dal sistema ideologico culturale» (Tarca, *infra*).

In un sistema come quello descritto, tecnicistico e impersonale che ha bisogno dell'uomo in quanto addetto all'apparato tecnico che paradossalmente serve all'uomo per conservarsi come uomo – ma anche all'apparato per continuare ad essere e funzionare come apparato – quali saranno i bisogni ‘sani’ che gli individui potranno ancora percepire, definire e realizzare?

Doppio legame, ethos, schismogenesi. Problemi di scala.

La domanda posta dall'Autore rende urgente l'uso di un nuovo/vecchio strumento teorico antropologico messo a punto, negli anni Trenta del secolo scorso, da Gregory Bateson, un rigoroso studioso inglese che a lungo lavorò tra gli Iatmul della Nuova Guinea e a Bali, in Indonesia.

Prima però, per meglio considerare la questione, è necessaria una citazione dal paragrafo “*Avere a cuore la cardiologia*”: un esempio di cura della sanità. Una citazione che evidenzia una sorta di asimmetria dialogica nella quale, spesso, è possibile che gli esseri umani si imbattano.

Abbiamo qui una situazione nella quale si produce una sorta di dialogo *asimmetrico* tra soggetti diversi: gli individui umani da una parte, e i soggetti istituzionali dall'altra. Si tratta di una dualità singolare, definita da un *dislivello* originario tra i suoi due poli (uomo *concreto* l'uno, istituzione *astratta* l'altra). Il bello, però, è che solo a prima vista la distinzione tra i due elementi della bipolarità risulta chiara e pacifica. Per esempio, il medico che parla con il Consiglio di Amministrazione dell'Azienda Socio-Sanitaria è un individuo umano? Da un lato, certamente sì: egli è un uomo; ma dall'altro lato, in quanto medico, è – diciamo così – un *funzionario* della salute umana, quindi a sua volta un rappresentante dei fini che definiscono l'Istituzione medica. Sull'altro versante, il Consiglio di Amministrazione è non un individuo umano? Certamente, ma ogni suo atto o gesto è compiuto da (o tramite) individui umani. Ognuno dei due poli, insomma, pare riprodurre al proprio interno una dualità simile a quella che pareva solo esterna ad esso (...). Solo che distinguere i due (esseri umani e istituzioni, ovvero individui e relazioni) è operazione tutt'altro che semplice e scontata. Perché (...) la persona del medico è sempre, insieme, tanto individuo umano quanto rappresentante/funzionario dell'istituzione; nello stesso tempo; l'istituzione è sempre, insieme, un tessuto complesso, formato da aspetti giuridico-formali variamente intrecciati con un insieme multiforme e variegato di atti umani e di relazioni tra individui umani (Tarca, *infra*, pp. 19-20).

Questa, mi pare una situazione che Bateson spiegherebbe attraverso la sua idea di “doppio legame” o “doppio vincolo”. Supponiamo di trovarci di fronte ad un cartello che reciti perentoriamente: «ALT! È OBBLIGATORIO FERMARSI E NON RISPETTARE QUESTA PRESCRIZIONE!»

È evidentemente un classico esempio di “doppio vincolo”. Per la presenza di due imposizioni, entrambe obbligatorie ma inconciliabili logicamente. L'ordine non può essere rispettato in quanto le due imposizioni sono contraddittorie. Genera, in chi vi si imbatte, insicurezza, inazione, problemi esistenziali o addirittura, nei casi gravi – sostiene Bateson – sofferenze psicopatologiche. Infatti, egli scrive «L'ipotesi esplicativa che offriamo è che sequenze di questo tipo nell'esperienza esterna del paziente siano responsabili dei conflitti interni della tipologia logica. Per siffatte sequenze irresolubili di esperienze, useremo il termine di “doppio vincolo”» (Bateson, 2008, p. 248). Un “doppio legame” irrisolvibile, identico a quello che, probabilmente, crea seri problemi al bambino di quella madre che si irrigidisce nel rapporto affettivo – distaccandosi da lui fisicamente – mentre verbalmente lo incita ad essere “spontaneo”, a non aver timore di esprimere fisicamente il suo sentimento affettivo.

Forse, per tornare allo scritto di Tarca, un medico non potrà risolvere il doppio legame con l'istituzione medica proprio perché l'istituzione medica formale-tecnico-giuridica opera comunicando il suo messaggio contraddittorio responsabile dei conflitti interni della tipologia logica che la contraddistingue. Anche se le parole che userò furono scritte cinquant'anni fa da Gregory Bateson per definire il conflitto in atto nella mente dei pazienti schizofrenici, mi sembrano adeguate a descrivere, oggi, i possibili conflitti medico-istituzionali – individuati da Tarca – i quali potrebbero avere, come risultato, l'allontanamento del medico-istituzione sanitaria dal mondo esterno

fatto di pazienti-uomini-ammalati. In altre parole, potremmo trovarci di fronte a una definizione del senso medico dello “star male” confliggente con quella proposta dal paziente-umano. Un tale medico-istituzione «non è in grado di scegliere l’alternativa che lo aiuterebbe a scoprire il significato dei messaggi altrui, e questi messaggi non è in grado di discuterli senza un aiuto cospicuo. Senza questa capacità, un essere umano è come un qualunque sistema autocorrettore nel quale si sia guastato il regolatore: esso entra in una spirale perenne, ma sempre sistematica, di distorsioni» (Bateson, 2008, p. 254).

In questo modo, il “negativo” individuale resta “negativo” individuale, non si riconfigura dialetticamente come problematica da risolvere dialetticamente, insieme.

Questo perché, dal punto di vista antropologico-culturale – anche alla luce di ciò che è successo in questo triste periodo pandemico da Covid19 – i temi della salute e della malattia, nel loro reciproco intrecciarsi, si presentano particolarmente complessi. Per ciò che riguarda la “domanda di salute” in un determinato contesto, si pone in modo problematico l’esigenza di tradurre e declinare diversamente la stessa “categoria di salute”, verificando la maggiore o minore congruenza della domanda espressa con le risposte che dalle istituzioni sanitarie vengono erogate.

Pertanto, è importante considerare le domande e i bisogni sociali di salute collocandoli contestualmente, per inquadrare l’idea di salute all’interno delle fasi essenziali del ciclo reale della vita. Sulla base di questo approccio, ci dovremmo chiedere come l’idea di salute e più in generale la qualità della vita, reale e percepita, sia interpretata e comunicata; in che modo i rischi biologici e sanitari delle malattie interagiscono con fattori economici, sociali e culturali individuali e di gruppo.

È fondamentale un approccio che tenga conto delle storie di vita in generale e delle narrazioni di ciò che si intende, in maniera comunicativa, per malattia e per salute. Un approccio che si basi sul vissuto personale dell’esperienza della malattia ma anche sul modo in cui i servizi sanitari presenti sul territorio rispondano alle richieste individuali e collettive di benessere e salute. Su come rispondano la “politica” e l’amministrazione della salute pubblica.

Una siffatta prospettiva di indagine non può non partire che da una profonda riconsiderazione critica del pensiero demartiniano sulla “presenza” e sulla sua “crisi”, senza trascurare le prospettive aperte dell’Antropologia medica contemporanea (cfr. Scheper-Hughes, 2000) che, senza trascurare i “reali vissuti” individuali dei “corpi che soffrono”, approda alle problematiche tipiche dei contesti in cui “i corpi” si rappresentano nella loro sofferenza sulla quale incidono consapevolezza (o inconsapevolezza) individuali ma anche forme di esercizio di quel biopotere in grado di controllare e decidere “politicamente”, senza confrontarsi con i modelli “altri” dello star bene/star male, la sussunzione del “corpo malato” nel “corpo sociale” con le sue regole valide indistintamente (cfr. Foucault, 1977). Un discorso, quest’ultimo, nel quale si intrecciano problematicamente diversi saperi, pratiche e politiche del corpo (cfr. Pizza, 1977; 2010).

Per l'Antropologia medica, dunque, sono le stesse definizioni di "salute" e di "malattia" ad essere interessate ed influenzate dalla dimensione culturale contestuale che condiziona anche la capacità che ogni individuo dovrebbe avere di poterle configurare e comunicare in contesto medicale.

Di tutto ciò si occupa anche la Medicina narrativa (*Narrative Medicine*). Come sostiene Rita Charon, docente di Clinica medica e direttrice del programma di Medicina Narrativa della Columbia University di New York, "La Medicina Narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia: aiuta medici, infermieri, operatori sociali e terapisti a migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e affiliazione con i pazienti e i colleghi" (cfr. Charon, 2001).

In conclusione, anche l'Antropologia medica, può fornire al problema una più ampia prospettiva umanistica in quanto considera la medicina come un sistema culturale, ovvero un insieme di significati simbolici che modellano sia la realtà "clinica" sia l'esperienza che ne fa il soggetto malato. Essa opera un distinguo tra tre piani di significato a essa associati, resi in inglese da tre parole differenti:

disease, ovvero la malattia intesa in senso biomedico come lesione organica o aggressione da parte di agenti esterni, evento oggettivabile e misurabile mediante una serie di parametri organici di natura fisico-chimica (temperatura del corpo, etc.);

illness, corrispondente all'esperienza soggettiva dello "star male" vissuta dal soggetto malato sulla base della sua percezione soggettiva del malessere, sempre culturalmente mediata;

sickness, termine riferito al il significato "sociale" dello "star male" (cfr. Giarelli, Good, Del Vecchio Good, Martini, Ruozi (a cura di), 2005).

Curare la malattia tenendo presente la tripartizione testé riportata, risponde alla necessità di guardare a essa e al suo impatto sulla vita delle persone umane (pazienti e/o medici), come a un evento di elevata complessità, molto più complicato "di un insieme di visite specialistiche, esami diagnostici e interventi di vario genere". Forse, in ciò va ricercato il senso condivisibile dell'espressione "presa in carico del paziente da parte del medico e/o della struttura sanitaria" (Malvi, a cura di, 2011).

Così, come scrive Tarca, se «la filosofia è precisamente il pensiero della dimensione per la quale tutti i livelli della realtà stanno insieme pur distinguendosi l'uno dall'altro [...] dunque, essa è il pensiero della dimensione nella quale la competenza specifica del medico sta insieme alla sua consapevolezza filosofica» (p. 23), la prospettiva antropologo-medico-culturale si rivela una prassi per "costruire", "foggiare" culturalmente figure che sappiano affrontare e attraversare l'esperienza della malattia e della cura in maniera consapevole, dialogica, critica, riflessiva insieme a coloro che quasi sempre la vivono senza averla scelta.

La vocazione alla scelta

Anna Gorrese

Negli ultimi decenni, complice anche la diffusione di internet (Hardey, 2001), i pazienti sono sempre più informati, sempre più attenti alle loro condizioni, e sempre meno disposti all'accettazione indiscussa delle opinioni e prescrizioni del medico (*compliance*) (per una rassegna, Tan e Goonawardene, 2017). Le persone desiderano ottenere maggiori informazioni sul proprio stato di salute e desiderano partecipare attivamente al processo di scelta della cura. Nella comunicazione medico-paziente, per molto tempo, si è prediletto un approccio paternalistico, basato su obbedienza e passività da parte del malato, in cui il medico tende ad esplorare la prospettiva del paziente soltanto quando sollecitato dalla manifestazione di segnali emotivi da parte di quest'ultimo (Lamiani et al., 2008).

Questo approccio è culturalmente condiviso ancora da molti pazienti (Kuehn, 2012). La domanda «Dottore, cosa devo fare?» è spesso rivolta da pazienti che preferiscono mantenere un ruolo passivo nella consultazione. In realtà, dietro a questa domanda si nascondono un'infinità di desideri e bisogni differenti (Ferrer e Mendes, 2018). In alcuni casi, il vissuto di angoscia della malattia fa sì che il paziente si abbandoni alle decisioni del proprio curante, mentre altre volte il malato cerca solo un consiglio da valutare poi di persona. La partecipazione del malato al processo decisionale varia in relazione all'età, alla classe sociale, al tipo di problema clinico, alle conoscenze che il paziente ritiene di possedere, al grado di autostima o di timore (Charles et al., 1997; 2006).

Il tema del coinvolgimento del malato nel processo decisionale è un tema che riscuote un crescente interesse (Deledda et. al, 2012). A livello internazionale, è fortemente sentito il bisogno di condivisione delle informazioni e delle scelte terapeutiche nei paesi anglosassoni, per motivi legati anche al tipo di sistema sanitario del paese (come ad esempio, negli Stati Uniti con la privatizzazione delle cure). Nell'ambito della psicologia della salute, la necessità di promuovere un maggior coinvolgimento dei pazienti nel processo clinico decisionale è una sfida che implica una riflessione sui vissuti di cura dei malati come parte integrante del lavoro del medico che non deve mai perdere la componente di "presa in carico" che contraddistingue le professioni d'aiuto. Si corre il rischio, infatti, che dal modello paternalistico si passi ad un modello definito consumistico (Delle Fave e Bassi, 2013) che trasforma l'assistenza e la cura in servizio da erogare - impersonale e standardizzato - dove il paziente diventa cliente che chiede, il professionista diventa funzionario della salute che fornisce un servizio, in un contesto neutro e anonimo. L'adozione di questo tipo di approccio non consentirebbe

quel processo di costruzione della fiducia che sta alla base di una relazione duratura con il medico e distorce l'importanza di mettere al centro il paziente (Balint, 1969).

Alla luce delle criticità dei modelli precedenti (cfr. Sandman L. e Munthe, 2010), pertanto, in medicina oggi il riferimento ideale è un approccio bio-psicosociale dove è chiesto agli operatori sanitari di imparare ad interagire con i loro pazienti integrando le abilità «centrate sul medico (o operatore)» con quelle «centrate sul paziente». Le abilità comunicative centrate sul paziente permettono un'accurata raccolta delle informazioni sui problemi di vita e di salute del paziente in tempi contenuti, facilitano una relazione di fiducia e di collaborazione e risultano associate ad esiti migliori. In questa cornice emerge, dunque, la necessità di migliorare la formazione dei medici e di garantire loro uno spazio di apprendimento mirato al potenziamento delle abilità comunicative utili per ottenere un maggiore coinvolgimento del paziente. Una maggiore partecipazione comporta benefici in termini di migliore adesione ai trattamenti e la ricerca ha teso a studiare la comunicazione medico-paziente, mediante lo sviluppo e la diffusione di strumenti e approcci adeguati.

Moltissimo è stato fatto, ad esempio, nell'ambito della psico-oncologia in relazione alla comunicazione, sia sul versante delle modalità di trasferimento delle informazioni, stimolando un confronto dell'efficacia delle strategie comunicative, sia nell'ambito della formazione degli operatori rivolta al potenziamento di abilità comunicative (*communication skills*).

Ma si tratta di “apprendere” solamente delle competenze comunicative? E in che modo il medico può promuovere, favorire, facilitare la partecipazione attiva al processo di scelta?

Nella riflessione filosofica di Luigi Tarca sugli aspetti fondanti della professione medica (medico-apparato, medico-funzionario), “fondamentale è che il medico diventi egli stesso filosofo nella sua gestione dei rapporti umani e istituzionali” (Tarca, *infra*, p. 22). Il medico deve possedere la consapevolezza che “il bene-essere di ciascuno dei soggetti in gioco potrà darsi solo nella misura in cui ogni aspetto/momento/ dimensione comprenderà (in tutti i sensi del termine: capire, includere, e tenere insieme) tutti gli altri aspetti/momenti/dimensioni. Attenzione, però, – sottolinea Tarca – perché se questa è un'indicazione corretta, allora dobbiamo capire che tale compito, quello cioè di creare una situazione in cui gli umani collaborino, è qualcosa che va al di là di competenze tecniche di qualsiasi tipo, comprese naturalmente le ‘tecniche filosofiche’” (Tarca, *infra*, pp. 22 e *passim*). Pertanto, non si tratta solo di potenziare tecniche e competenze, comprese le abilità comunicative del personale sanitario, ma promuovere un percorso condiviso di scelta.

La partecipazione del paziente al processo decisionale è sempre più richiesta in contesti nei quali il coinvolgimento attivo del malato nel percorso di cura è un elemento essenziale (Dy e Purnell, 2014). Ciò si osserva, ad esempio, nelle malattie croniche, dove coinvolgere il paziente nel processo decisionale può incidere sensibilmente sugli esiti del trattamento e può influire sull'aderenza a delle terapie che il paziente dovrà seguire per tutta la vita (cfr. Giofriddo et al., 2014). Nel far ciò, però, occorre tenere

in mente (nel senso di “comprendere”, evidenziato da Tarca) che anche il medico porta il proprio vissuto soggettivo nella relazione con il paziente. Purtroppo questo aspetto è spesso negato o addirittura ignorato. Qualsiasi interazione tra essere umani non avviene in un *vacuum* sociale, ma chiama in gioco atteggiamenti, convinzioni, pregiudizi, valori ed aspettative da entrambi le parti. “Non ci sono ancora studi sistematici sull’analisi del vissuto del medico nella relazione con il paziente: ciò evidenzia da un lato la scarsa attenzione a questo aspetto, dall’altro la tendenza ad evitare da parte degli stessi professionisti (spesso autori delle ricerche) un argomento così direttamente connesso alla dimensione esperienziale e soggettiva. Non mancano per la verità studi sul vissuto lavorativo nelle professioni sanitarie; ci si è però focalizzati su stress e burnout, sui problemi organizzativi nelle strutture e nell’équipe e sulla soddisfazione professionale. Poco si sa su come i medici vedono i propri pazienti, su come si pongono emotivamente nei loro confronti, su quali siano i loro preconcetti, pregiudizi ed aspettative (Delle Fave e Bassi, 2013, p. 150). Pertanto, come in tutte le relazioni, la variabilità nella prospettiva dei due protagonisti nel processo di cura deriva da una serie di fattori individuali e contestuali: le caratteristiche demografiche del medico e del paziente (genere, età, livello di istruzione, status socio-economico, stato civile, cultura di origine); la tipologia, gravità e modalità di progressione della malattia; il contesto in cui avviene il colloquio clinico (ambulatoriale, ospedale, domicilio del paziente); il sistema sanitario e le politiche sociali caratteristiche della comunità in cui medico e paziente vivono (Masts et al., 2008)

I medici sono continuamente chiamati a prendere decisioni. Per farlo, devono identificare le informazioni rilevanti (come l’esito di un esame clinico), elaborare un giudizio (per es., una diagnosi), scegliere un corso d’azione fra i vari possibili sulla base delle proprie preferenze (per es., un particolare intervento chirurgico), quindi agire. Utilizzando rapidi e intuitivi processi decisionali basati sul riconoscimento della situazione che si trovano ad affrontare (*recognition primed*), un medico esperto sarà rapidamente in grado di classificare il caso clinico che ha davanti sulla base di alcune caratteristiche che tendono a co-occorrere nei casi di quel tipo che ha incontrato in passato.

Il processo di riconoscimento avviene spesso inconsapevolmente e l’esperto non è in grado di riferire come ha fatto a classificare una certa situazione. Nella maggior parte dei casi, viene considerata una singola opzione che, grazie all’esperienza accumulata, si traduce nell’attivazione delle azioni associate alla situazione riconosciuta. A causa dell’interconnessione tra sistemi emotivi e sistemi cognitivi, svelata dalle neuroscienze, le emozioni influenzano positivamente o negativamente i processi decisionali. La capacità di pensare, riflettere sulle proprie ed altrui emozioni durante i processi decisionali rientra nell’ambito delle abilità metacognitive. È una capacità che va esercitata dal medico anche nel momento del colloquio clinico, in special modo quando le decisioni mediche sono decisioni da prendersi con incertezza riguardo agli esiti. Nel momento di prendere una decisione in una situazione, si attiva il recupero di informazioni sulla storia passata dei modi di agire e prendere decisioni, in situazioni simili: non abbiamo

solo la categoria di problemi che dobbiamo fronteggiare ma vi è anche un richiamo di informazioni, che di fatto è di natura emozionale, che fornirà segnali aggiuntivi (di natura emotiva e sostanzialmente inconsci) che ci aiutano nel prendere decisioni (Damasio, 2000).

Secondo Lehanam (2017), il medico ha una rappresentazione mentale di sé come una sorta di archivio di informazioni e di capacità tecniche specialistiche. La fonte di conoscenza utile per assumere decisioni è negli studi che producono evidenze su efficacia e sicurezza delle terapie: nella pratica clinica, spesso queste evidenze non rispondono agli interrogativi che il medico si pone, misurano esiti poco importanti per il paziente e sono riportati in modo inaccurato. Ad essere enfatizzato spesso è il ruolo degli esami e dei test diagnostici a svantaggio della capacità del clinico di contestualizzare le informazioni che raccoglie: “La pratica clinica non consiste in una serie di scelte del tipo ‘prendere o lasciare’ ma in un processo di comprensione che si sviluppa e approfondisce nel tempo”. In una situazione decisionale collaborativa il medico deve creare un ‘setting’ in cui poter condividere armonicamente conoscenze, competenze e esperienza.

L’approccio nella pratica clinica, denominato «*Shared decision-making*», termine inglese conosciuto da un ristretto gruppo di addetti ai lavori che potremmo tradurre con l’espressione “processo decisionale condiviso”, prevede la collaborazione di medico e paziente nella definizione di cure condivise (Lee e Emanuel, 2013). In questa prospettiva di scelta, il medico incoraggia il paziente a riflettere sugli esami clinici, sui trattamenti disponibili o sulla scelta delle opzioni e sui benefici o aspetti negativi di ogni scelta, in modo da poter comunicare la propria preferenza ed aiutare nella scelta delle azioni migliori da intraprendere (Fontanesi, Goss e Rimondini, 2007)¹. In questo senso, come osserva Tarca, è necessario mettere ben a fuoco che il bene-essere di ciascuno dei soggetti in gioco (operatori sanitari-malato e, aggiungerei anche la famiglia del paziente) potrà darsi solo nella misura, come affermato da Tarca, in cui ogni aspetto/momento/ dimensione comprenderà (in tutti i sensi del termine: capire, includere, e tenere insieme) tutto quanto è in gioco quando si deve fare una scelta.

Ognuno di noi che si trovi a dover compiere una scelta, tanto più se riguarda la propria salute, terrà in considerazione diversi aspetti, che variano a seconda del proprio sistema di credenze, interessi, bisogni, desideri ed emozioni. Quando il medico si trova di fronte a più possibili soluzioni per un determinato problema è fondamentale che chieda il parere del proprio paziente. Il processo decisionale condiviso è proprio questo: un percorso che medico e paziente compiono insieme e che porta a prendere una decisione condivisa rispetto alla gestione di un disturbo o di una malattia. Il medico

¹ Questo approccio resta ancora una tematica di nicchia in Italia. A questo proposito è stato osservato che i medici, pur consapevoli dei possibili vantaggi di un maggior coinvolgimento, in particolare in relazione ad una migliore adesione ai trattamenti, incontrano difficoltà nell’applicazione di tali principi teorici nella loro pratica clinica quotidiana. Si tende generalmente alla descrizione del problema, talvolta si arriva alla discussione dei rischi e benefici degli interventi proposti, ma raramente si indagano le preferenze del malato ed il grado della sua consapevolezza nella decisione.

mette a disposizione del paziente le proprie abilità e conoscenze medico-scientifiche e il paziente esprime i propri dubbi, preferenze e aspettative. La scelta sul da farsi sarà quella che terrà in considerazione entrambi gli aspetti, nell'interesse primario di quel particolare individuo. L'approccio del processo decisionale condiviso va oltre il consenso informato (Whitney et al., 2003). Non mira semplicemente a far sì che il paziente sia informato su decisioni prese dai clinici, ma integra nella scelta clinica considerazioni sanitarie e riflessioni e preferenze del paziente (Wieringa et al. 2017).

Riprendiamo un caso clinico descritto da Elwyn et al. (2012) per capire l'importanza di costruire un percorso decisionale condiviso con i malati.

A Katherine a 67 anni era stato da poco diagnosticato un cancro al seno. Era vedova, viveva da sola in campagna e non guidava. Le è stato chiesto di scegliere tra nodulectomia seguita da radioterapia (la chirurgia conservativa del seno) e la mastectomia, dicendole che avevano eguale tasso di sopravvivenza. Katherine è rimasta sorpresa di dover fare questa scelta ed è divenuta ansiosa. Ha ascoltato i consigli che le venivano dati e, anche se l'informazione era precisa, ha avuto l'impressione che la spingessero verso nodulectomia e radioterapia, in quanto trattamento "meno invasivo". Durante la radioterapia si è stancata molto e il suo seno è diventato morbido e si è rimpicciolito, un effetto che non aveva previsto. Due anni dopo una recidiva locale nello stesso seno ha reso necessaria una mastectomia. A questo punto Katherine ha realizzato che con la nodulectomia c'è un alto tasso (doppio) di recidive locali. Ora avverte il rimpianto e pensa che avrebbe deciso diversamente se avesse ricevuto più informazioni e se avesse avuto modo di esprimere il suo forte desiderio di evitare recidive.

Come osserva Lehmann (2017), per decidere col malato, il medico deve avere chiaro il tipo di aiuto che il paziente sta cercando e cosa, come clinico, può offrire in risposta alla domanda del malato. Per la fretta o per altri motivi, il medico ritiene che il proprio contributo alla scelta sia "semplicemente" il punto di vista sulla diagnosi e sulla terapia, ma non dovrebbe essere così. Il primo passo dovrebbe consistere in una sorta di diagnosi delle preferenze del paziente, in cui giungere a una sintesi sulle ragioni che hanno portato il malato a rivolgersi al medico. Sarebbe auspicabile farlo sin dalla fase della comunicazione della diagnosi, prospettando la scelta terapeutica e condividerne la decisione. Il tutto lasciando spazio al paziente di parlare dei propri dubbi e porre domande su eventuali informazioni raccolte in precedenza, magari attraverso pagine internet e forum dedicati. Così, dalla consapevolezza si passa alla partecipazione e infine alla condivisione di scelte e responsabilità (Sandman e Munthe, 2009).

I medici sembrerebbero più abili nell'applicare le competenze centrate sul paziente nella fase di raccolta delle informazioni rispetto alle fasi successive, dove tenderebbero a riprendere la direttività, in particolare nel momento in cui prescrivono trattamenti o forniscono informazioni. Questa tendenza è confermata anche dalla bassa percentuale, durante le consultazioni, sia di domande sia di opinioni espresse dal malato, così come di domande del medico volte a sollecitarle.

L'ostacolo principale a questo maggior coinvolgimento è quello legato al tempo a disposizione che spesso non risulta sufficiente, proprio a causa delle esigenze della struttura organizzativa. Per essere condivise, le informazioni richiedono un certo tempo, a volte necessitano di più incontri: il paziente deve avere il tempo di riflettere ed elaborare quanto gli è stato comunicato e deve avere l'opportunità di esplicitare le proprie preferenze: libero – a volte – di non voler sapere di più. Il processo decisionale condiviso è utile soprattutto quando una scelta reale esiste, in cui si hanno a disposizione due o più opzioni, ed in particolar modo, in tutte quelle situazioni in cui generalmente non vi sia tra i professionisti sanitari uniformità di vedute su quale sia il trattamento migliore. Se, al contrario, esiste un'unica scelta, il paziente, qualora sia informato e consapevole, ha la priorità decisionale. Se, al contrario, vi è una sola scelta ma il paziente non è consapevole della sua situazione e non ne conosce l'aspetto terapeutico, il medico sarà tenuto a fornire informazioni, instaurando, anche in tali casi, un processo decisionale condiviso. In definitiva, lo scopo che, a differenza della pratica del consenso informato, persegue il percorso decisionale condiviso consiste nel coinvolgere il paziente in modo tale da renderlo consapevole.

Vi è la necessità non soltanto di sviluppare e diffondere strumenti e approcci adeguati per far sì che medico e paziente “collaborino”, come nota Tarca, ma soprattutto – a livello psicologico – di potenziare la funzione riflessiva, espressione utilizzata da Peter Fonagy e Mary Target (2001) per indicare la tendenza a riflettere sugli stati mentali propri e altrui e a ragionare in termini di stati mentali. La funzione riflessiva permette all'individuo di rispondere non solo al comportamento degli altri, ma anche alla sua concezione dei loro sentimenti, credenze, speranze, aspettative, progetti e così via. Si tratta di una capacità metacognitiva e, allo stesso tempo, metaemotiva che si forma all'interno del contesto delle relazioni interpersonali, a partire da quelle primarie. In definitiva, medico e paziente possono ‘collaborare’ utilizzando questa capacità di andare al di là dei fenomeni immediatamente noti e di rispondere in maniera tale da indicare di aver preso in considerazione lo stato mentale dell'altro (credenze, emozioni, desideri) nell'organizzare le proprie azioni in relazione alla malattia.

È davvero difficile indagare le preferenze del paziente, difficile gestirne le aspettative, difficile conciliare tempo, richieste e contesto organizzativo. Nella prospettiva del paziente, le informazioni che il medico fornisce (incidenza di una malattia, probabilità di sopravvivenza, e così via) mediante il formato numerico benché diano al malato informazioni più precise rispetto all'utilizzo di quantificatori verbali (molte persone, alcune persone), non sempre risultano adeguate. Infatti, numerose ricerche hanno dimostrato che una larga parte della popolazione non riesce ad attribuire un reale significato a un numero (ad esempio, Kirsch et al., 1993). Si è, dunque, compreso che nella scelta tra le diverse opzioni proposte dal medico, la preferenza tende a essere costruita sul momento dal paziente e per questo tende a non essere stabile e a variare in funzione del modo in cui le informazioni vengono fornite. In questo processo di costruzione di valori e preferenze, è importante considerare lo stretto legame che intercorre tra emozioni e scelte mediche. Si tratta di scelte che riguardano

quasi sempre questioni che avranno una ricaduta emotiva sulla vita del paziente e delle persone direttamente o indirettamente coinvolte nella sua vita. Colui che decide vive la fase pre-decisionale pervaso dagli stati emotivi tipici dell'attesa, dell'incertezza e molto spesso dell'ansia circa i risultati (per una rassegna, Carpenter e Niedenthal 2018). In fase post-decisionale emergerà la necessità di valutare i risultati ottenuti, con conseguente gestioni delle emozioni di sollievo, soddisfazione, felicità (in caso di esito positivo), paura, rabbia, tristezza, rammarico (in caso di esito negativo). Non è un compito facile data la mancanza di uno schema mentale per prendere decisioni mediche, la vulnerabilità emotiva e la paura di sentirsi impotenti del malato possono sfociare nell'evitare la mentalizzazione dell'esperienza di malattia, cioè nel non saper ricondurre le azioni e i comportamenti da intraprendere nel percorso di cura alle loro radici intenzionali ed emozionali, ai significati che posseggono entro il proprio mondo interno. Infatti, il mondo interno, quando è dominato da reazioni di paura e difesa, diventa uno spazio poco adatto alla funzione riflessiva.

In un percorso decisionale condiviso, dunque, occorre partire dall'esperienza del malato, dal vissuto emotivo sempre diverso anche di una stessa malattia: così difficile da condividere, così complesso da comprendere da parte di un osservatore esterno. Il processo decisionale condiviso non è un compito semplice per i medici: non ci si può limitare a comunicare i rischi e i benefici connessi al trattamento (come avviene nel cosiddetto consenso informato), ma occorre essere in grado di esplorare le preferenze del paziente, ascoltarne le preoccupazioni (nel senso del "comprendere" proposto da Tarca) e "tenere insieme" la propria visione e le proprie preferenze sul trattamento più opportuno (Elwyn et al., 2014).

La gestione del negativo. Pratica filosofica e professione medica

Ludovica Gaudino

Nel suo scritto *La vocazione filosofica della professione medica*, Luigi Vero Tarca parte da una riflessione su un atteggiamento negativo, tipico della contemporaneità, nei confronti della realtà, ovvero dalla *lamentela*: «Tutti si lamentano di tutti e di tutto... tutti *ci lamentiamo* di tutti e di tutto. Ci sentiamo autorizzati a lamentarci senza freno e senza remore... Ma a forza di lamentarsi si finisce per credere alle proprie lamentele, e a vivere quindi insoddisfatti e perciò davvero lontani dalla felicità» (Tarca, *infra*, p. 15). La lamentela, contemplando il rifiuto della realtà, porta con sé il dolore ed ostacola la comprensione piena di quello che accade. Tarca invita a provare una pratica filosofica particolare, che permette di uscire dal circolo della lamentazione, ossia la pratica che impone di non lamentarsi.

Per chi non sapesse cosa sono le pratiche filosofiche, semplifichiamo spiegando che si tratta di attività rivolte a gruppi di persone (in questo caso medici), tendenti a diversi obiettivi, tra cui aiutare a prendere coscienza della propria visione del mondo, a riflettere senza presupposti e pregiudizi, a individuare, evitare o correggere errori argomentativi, correlando concetti, significati e valori importanti per la propria vita quotidiana. Nel caso della pratica di Tarca, questa si pone l'obiettivo di migliorare la vita ed il lavoro dei medici e di correggere comportamenti poco produttivi, come la lamentela. Provare a non lamentarsi di nulla per un intero giorno, tuttavia, risulta molto arduo: infatti, nel momento in cui si fallisce in tale pratica, ci si lamenta di essersi lamentati, innescando una spirale infinita di lamentele. L'unica strada per uscire da questa impasse Tarca la riscontra nella *comprensione autentica* degli aspetti negativi presenti in ogni fenomeno.

Qui troviamo uno dei punti centrali della filosofia di Tarca, ossia il riconoscimento e la gestione del negativo. Se, infatti, rifiutiamo il negativo, fingiamo che questo non sia presente, ma ciò non ci permette di affrontarlo e di superarlo. Si tratterebbe, in pratica, di aggirare l'ostacolo.

«Liberarsi dal pre-giudizio che rapportarsi al negativo equivalga a rifiutarlo è dunque indispensabile per superare la forma di vita lamentosa; per converso astenersi dal rifiuto/lamento/negazione è indispensabile per attingere una comprensione della realtà in tutti i suoi aspetti, compresi quelli negativi» (Tarca, *infra*, p. 17).

Bisogna, dunque, superare il principio secondo cui una cosa si determina soltanto a partire da ciò che questa nega: *definire non significa negare*. Questo riconoscimento del negativo, secondo Tarca, aiuta ad interpretare correttamente realtà sanitaria.

Serve per adottare una diversa prospettiva sui problemi contro cui si scontano ogni giorno i medici e di cui poi si lamentano. Un tipico esempio di lamentela del medico contemporaneo riguarda il tramutarsi del fine dell'apparato clinico – sanitario, ossia l'agire terapeutico, in uno strumento utile ad un diverso scopo, ovvero la crescita dell'apparato stesso. L'essere umano, la cui vita deve essere migliorata e quindi trasformata, diventa lo strumento che consente la nascita dell'uomo geneticamente modificato. L'opera del medico si pone, pure se non sempre consapevolmente, lo scopo ultimo di rendere l'uomo non più attaccabile dalla malattia, quindi non più umano, finito.

Tarca ha sottolineato che il progetto antropologico della modernità, quello a cui l'uomo si dedica totalmente, consiste nel superamento della morte, nel negarla. Si tratta, in ultima analisi, di porre fine alla vita mortale e di sostituirla con quella im-mortale. Proprio a proposito di negazione del mortale, ricordiamo che il termine latino *negare* deriva etimologicamente da *nex-necis*, ossia morte, assassinio, strage. Tarca collega la negazione con la *necazione*, non traducibile in italiano, ma che mette a fuoco l'aspetto nocivo del negare. Nel momento in cui neghiamo qualcosa, in qualche maniera la uccidiamo.

La civiltà contemporanea, ovvero quella tecnica, ha come obiettivo la cancellazione non soltanto della morte, ma anche del dolore. Quest'ultimo è definito da Tarca come ciò che implica il proprio rifiuto: quando si prova dolore, si desidera soltanto che questo venga rimosso, così da cessare. Il dolore, dunque, contiene in sé la propria negazione. Cercando di cancellare morte e dolore, negandoli, la civiltà nega quasi sé stessa e si propone di trasformarsi in una civiltà di dei im-mortali. Questo, però, causa dei problemi: negando la vita del mortale, lo si rottama, poiché ciò che provoca dolore e morte è il corpo stesso del mortale. Dunque, nonostante la medicina contemporanea ha messo a punto cure e strategie straordinarie per tutelare la salute degli esseri umani, poi rischia di diventare la guerra contro il corpo del mortale, o meglio contro il suo corpo malato.

Se si identifica il positivo con il non negativo, ossia con la negazione del negativo, nelle patologie come il cancro (il negativo), l'operazione chirurgica che lo asporta (la negazione del negativo) è un positivo. Tarca sostiene che, paradossalmente, più c'è cancro (e la sua negazione chirurgica o chemioterapica), più c'è positivo. Definisce da un lato la società contemporanea come “fabbrica del cancro”, in quanto tutto (dal cibo all'aria), risulta cancerogeno, ma, siccome l'apparato sanitario diventa sempre più efficace nel combatterlo il cancro, allora tutto questo diventa positivo. Questo paradosso ci obbliga a meditare sul problema del positivo e del non negativo.

Tornando al testo di Tarca e alla risposta che egli cerca di fornire alla spersonalizzazione della medicina, la critica alla deriva utilitaristica cui si riduce l'agire del personale sanitario sembrerebbe raccomandare un ritorno alla centralità dell'uomo, appunto alla sua *umanità*. Tarca trova questo “recupero dell'umano” controproducente; infatti, non soltanto si tratterebbe, a suo parere, di una *utopia regressiva*, ma comporterebbe pure una sorta di corto circuito: il processo innescato e da cui si

vorrebbe uscire per tornare all'umano, è stato prodotto dall'umano stesso. Scrive Tarca: «L'uomo, insomma, è il problema, piuttosto che la soluzione» (Tarca, *infra*, p. 18).

Dunque, Tarca sostiene che sia inutile, o dannoso addirittura, adoperare le pratiche filosofiche per ripristinare l'umano, da cui è scaturito il processo di cui sopra. Trova più opportuno conciliare il fattore umano e l'apparato sanitario, ossia i bisogni delle persone con quelli del sistema sanitario, nonostante il dislivello originario tra i due poli. Ad una prima analisi, il polo relativo alle relazioni tra gli individui sembra posizionarsi ad un livello astratto, mentre gli individui si collocano nel livello concreto. In realtà, Tarca fa notare che individui e relazioni contengono a loro volta, in sé, i due poli:

Perché ognuno dei due poli (momenti) porta con sé, sempre, anche l'altro: la persona del medico è sempre, insieme, tanto individuo umano quanto rappresentante/funzionario dell'istituzione; nello stesso tempo l'istituzione è sempre, insieme, un tessuto complesso, formato da aspetti giuridico-formali variamente intrecciati con un insieme multiforme e variegato di atti umani e di relazioni tra individui umani (p. 20).

La soluzione trovata dal filosofo contempla la creazione sia di individui funzionali all'apparato sia di organizzazioni capaci di rappresentare i reali bisogni umani. La cura della salute dei pazienti passa necessariamente per la *cura* degli organismi in cui nasce e si mantiene nel tempo il rapporto tra paziente e medico. Dunque, il compito primario del medico risiede nel *curare la sanità tout court*. La questione del *ritorno all'umano* richiama quella della cosiddetta *umanizzazione delle cure*. L'umanizzazione presuppone un'analisi negativa dei comportamenti che devono, appunto, diventare *umani* da *disumani*. Per quanto sia palese che spesso servano azioni correttive nei confronti di comportamenti che si collocano al di sotto della soglia umana, le *Medical Humanities* non si occupano di questo (pure se si producono miglioramenti anche sotto questo aspetto). Le *Medical Humanities* si definiscono come ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane, caratterizzate da un'epistemologia di tipo storico-narrativo. In questo tipo di epistemologia si riscontra una concezione diversa di *verità* rispetto a quella delle scienze esatte. Mentre nelle discipline naturali non sono contemplati pareri soggettivi riguardo lo svolgersi di determinati fenomeni, nelle conclusioni di un magistrato o di un filosofo, risulta fondamentale l'interpretazione personale dei fatti, la quale non è scindibile dall'individuo che l'ha generata e dal contesto in cui questo si trova. Si tratta di una verità legata alla *singularità* dell'individuo e alla sua storicità. Le *Medical Humanities*, dunque, potremmo definirle come qualunque forma di studio che si propone di raccogliere ed interpretare quanto esperito dall'essere umano. Nell'ambito della formazione del personale sanitario, queste sostengono lo studio di discipline con paradigma storico-narrativo, le quali intendono la conoscenza come un processo di costruzione di significato. Quindi, portare le *Medical Humanities* nei corsi di Medicina o nei reparti

ospedalieri significa promuovere un approccio centrato sull'*unicità*, sulla singolarità della persona. Si tratta, quindi, dell'affermazione della ormai celebre *slow medicine*.

Facendo riferimento a Tarca e alla questione del superamento di ogni dualismo, sarebbe interessante valutare la contrapposizione tra medicina (scienza della natura) e *Medical Humanities* attraverso la ri-considerazione delle pratiche comunicative e narrative contenute nella medicina stessa. In questa ottica, più che tornare all'*umano*, attraverso la *Medical Humanities* e la Medicina narrativa si dovrebbe tornare al paradigma narrativo originario della pratica medica. Si tratterebbe, in ultima analisi, di guardare la pratica clinica medica e le pratiche narrative non come due poli che si definiscono negandosi, ma come due realtà che coesistono e si co-istituiscono, nell'ottica di quello che Tarca delinea come *puro positivo* e di cui ci occuperemo tra poco. Tarca interpreta la scelta professionale del medico come risposta ad una sua vocazione filosofica. Così come ogni essere umano, dunque anche il filosofo, deve diventare *medico*, ovvero divenire capace di prendersi cura di sé, il medico deve farsi *filosofo*. Dunque, il sapere scientifico del medico coesiste con il suo essere filosofo, nel momento in cui egli compie la scelta di fare la professione del medico, seguendo la sua vocazione.

Per Tarca «la vera vocazione professionale è un'esperienza nella quale ogni identità esperienziale (quindi sia medica che filosofica) comprende tutte le dimensioni che la riguardano, facendole armonicamente con-vivere» (p. 22). Questa esperienza la definiamo *filosofica* nel momento in cui intendiamo per filosofia la dimensione in cui tutti i livelli della realtà stanno insieme, con-vivono, pur distinguendosi tra loro. Proprio in ragione di ciò, Tarca sostiene che la vera vocazione del medico sia filosofica e, quindi, sia filosofica pure la sua scelta professionale. Poi, a questo punto, giunge a chiedersi se questo tipo di vocazione professionale non sia troppo onnicomprensiva, o meglio confusionaria, in quanto intrisa di piani esperienziali eterogenei tra loro. La sua risposta, pure stavolta, ha a che fare con la comprensione del negativo. La confusione dei piani del reale si origina soltanto da un'impostazione negativa del discorso filosofico. Questo accade quando si identifica la differenza con la negazione (ogni polo si determina soltanto come negazione del polo opposto).

Tarca individua un'altra prospettiva, capace di sfuggire a questo *circolo del negativo*, considerando che ogni entità si determina attraverso ogni altra entità. Si tratta di una relazione in cui i poli si determinano non negandosi reciprocamente, ma co-istituendosi. Leggiamo: «All'interno di tale prospettiva risulta dunque possibile tenere insieme tutte le dimensioni e tutti i livelli della realtà in maniera coerente, cioè in maniera *compositiva*: ogni determinazione, ponendo (mediante la co-istituzione) ogni altra determinazione, la rende positiva».

Siamo nel regno del *puro positivo* di Tarca: il positivo differisce tout court dal negativo, quindi anche dal non negativo. La confusione da lui temuta appare superata, in quanto ogni cosa, non definendosi più soltanto in relazione al negativo, si determina unicamente come positivo. Determinare in ogni istante il positivo: così Tarca presenta l'atteggiamento filosofico autentico. Nell'ottica del puro positivo, si

mantengono distinte, seppur co-istituite, le due dimensioni della funzione medica e della consapevolezza filosofica; dunque, su questo piano la scelta della professione medica non contrasta con la vocazione filosofica, ma al contrario ne deriva e, così, qualunque decisione dell'uomo- medico- filosofo giustifica ogni pratica medica.

Il rapporto medico-paziente nel dialogo tra medicina e filosofia

Gabriele Borghese

Il rapporto che storicamente si è determinato tra filosofia e medicina, tra filosofi e medici, è tanto antico che bisognerebbe risalire all'origine lontana delle due figure per tracciarne un bilancio complessivo. Anche senza avventurarsi in questa ricostruzione è possibile constatare, scorrendo le pagine di un'enciclopedia tematica, che in ogni epoca si assiste a un dialogo tra queste due discipline, a volte praticate dalla stessa persona. Il saggio di Tarca su *La vocazione filosofica della professione medica* mira a sviluppare un discorso generale sulla situazione attuale della medicina e dei medici, sul rapporto che il medico ha col paziente e come questo rapporto cambia nel dispiegarsi del progressivo assoggettamento, a cui si assiste, della medicina alla tecnica con la conseguente trasformazione dei medici in tecnici. Tarca pone due soluzioni principali finalizzate a mitigare le derive a cui un tipo di medicina "spersonalizzata" va incontro: l'organizzazione a livello istituzionale di strutture in grado di rappresentare meglio le istanze "umane" dei medici e dei pazienti, e l'introduzione di pratiche filosofiche a supporto dello svolgimento della professione medica (sulla base della intima relazione che Tarca rinviene, tra vocazione filosofica e vocazione medica).

Nel corso del testo ci si soffermerà soprattutto sulla prima "soluzione" prospettata da Tarca, tentando di valutarla e di metterla in rapporto con quello che, a giudizio di chi scrive, è il grande assente in tutto il discorso di Tarca, o meglio, è il soggetto sottinteso del suo ragionamento. Sin dalle prime righe Tarca enuncia i punti problematici dell'attuale situazione della medicina e del rapporto medico-paziente: «è evidente che elementi problematici ve ne sono, che la 'tecnicizzazione' della vita medico-sanitaria, genera una serie di questioni di grande portata, e che l'assoggettamento della persona/individuo umano all'apparato tecnico-amministrativo comporta dei rischi o dei veri e propri danni tanto per i pazienti quanto per i medici» (p. 17). Uno degli aspetti più problematici di tutta la vicenda relativa alla tecnicizzazione è «il *rovesciamento del mezzo nel fine*; l'agire terapeutico del medico, che è originariamente e ufficialmente, il *fine* dell'apparato clinico-sanitario, rischia di rovesciarsi in un mezzo il cui vero *scopo* diventa la crescita e il potenziamento di quell'organismo che è l'apparato stesso» (Tarca, *infra*, p. 17). Questo rovesciamento è inquadrato da Tarca nell'andamento generale di ogni processo che viene a rimodularsi in forza dello sviluppo della tecnica: «in generale, l'operatore tecnico è quello che, grazie a strumenti (*mezzi*) artificiali (costruiti *ad hoc*), garantisce il conseguimento di uno scopo (*fine*) posto da un soggetto (l'essere umano) che fa progetti in vista della trasformazione/miglioramento del mondo» (Tarca, *infra*, p.

17) L'assoggettamento della persona (sia medico o paziente) all'apparato tecnico-amministrativo comporta dei rischi, e il principale di questi rischi è che la persona diventi strumentale all'apparato. Ciò che è stato concepito quindi come qualcosa di destinato alla promozione del benessere diventa causa di malessere, per cui nella situazione attuale: «tutti si lamentano di tutto e di tutti» (Tarca, *infra*, p. 15).

Tarca mette bene in evidenza come non si debba però ricadere in una tendenza regressiva, in una tendenza cioè che intenda rimettere al centro una pretesa umanità perduta, attraverso il ritorno ad un passato nel quale la medicina era esercitata come qualcosa di originale e di incontaminato dagli sviluppi attuali della tecnica. Egli descrive questa tendenza, come una 'utopia regressiva', da evitare dunque a tutti i costi soprattutto quando si propone di affiancare alla figura del medico quella del filosofo, attraverso gli esercizi di riflessione o le pratiche filosofiche. Quella di Tarca è una giusta osservazione e agli occhi di scrive non bisogna intendere il filosofo come il testimone di una umanità perduta, come qualcuno capace di mostrare un tempo nel quale queste derivate tecnico-scientifiche non avevano ancora dispiegato il loro potenziale negativo. Il filosofo, al pari del medico, risente anzi di tutte quelle condizioni sociali e storiche nelle quali vive ed opera, ne sia egli consapevole o inconsapevole, quando elabora una sua teoria filosofica. Qui però sorge un primo punto problematico nel discorso di Tarca. Se l'uomo che diventa mezzo e non più fine rappresenta il problema, allora si deve concludere che praticando una ulteriore inversione, tutto tornerebbe a posto: porre l'uomo come fine e la medicina come mezzo per raggiungere il benessere. Ma questo non meglio precisato 'uomo' che viene posto come fine, è proprio la fonte di tutto il problema infatti è Tarca stesso a scrivere che «l'uomo [...] è il problema, piuttosto che la soluzione» (p. 18). Porre l'uomo come fine significa giocoforza agire in senso regressivo, in quanto quella concezione di uomo che viene posta come fine rimanda all'uomo per come si è già determinato fino ad oggi. Qualcosa sfugge alla stretta speculare-speculativa dell'analisi rispetto alla tecnica e questo ha una forte relazione con quanto Tarca dice a proposito del dualismo positivo-negativo. Cioè: dire che l'uomo come mezzo è *negativo* non significa per forza che allora sarebbe *positivo* l'uomo come fine. Porre l'uomo come fine non fa avanzare nel ragionamento e non risolve il problema. Procedere dunque per opposizioni logiche evidentemente conduce a conclusioni contraddittorie e apparentemente sembra arrestare il procedere del ragionamento generando una sorta di corto-circuito.

Invece è proprio questa categoria, quella di contraddizione, che permette una messa a fuoco più chiara del problema. Esiste qualcosa cioè di progressivo nella tecnica e qualcosa di regressivo al tempo stesso. Ha un che di progressivo in quanto tra i suoi effetti c'è una sorta di de-finalizzazione rispetto alla persona. Un decentramento rispetto all'uomo che emerge anche nel discorso di Tarca, quando egli si sofferma sui fattori sociali ed ambientali che incidono sulla salute, tutti quei fattori che almeno sulle prime, sfuggono al nostro controllo. Dunque non c'è solo l'uomo/persona, questo è un primo risultato, che è emerso a livello politico-mediatico con grande forza recentemente, nella rinascita dei movimenti ecologisti. L'altro lato della contraddizione

però è che questo procedere della tecnica ha un che di regressivo quando finisce per mettere al centro elementi che sono propri dell'apparato, il suo potenziamento, ma soprattutto il suo potenziamento non in vista di un migliore intervento sulla salute umana e nella strumentazione tecnico-scientifica che è a disposizione dei medici, ma un potenziamento rispetto all'arricchimento di quanti materialmente organizzano e gestiscono questo apparato. O meglio ancora, quanti di questo apparato ne hanno ottenuto la proprietà privata. Ne accenna anche Tarca: «l'esempio più facile è quello della strumentalizzazione che sia pazienti che medici, in maniera diversa, subiscono rispetto alle case farmaceutiche» (p. 18). Da questo punto di vista il "grande assente" al quale prima si faceva riferimento è proprio la condizione¹ attuale, cioè il contesto attuale nel quale la medicina, ma anche tutte le altre attività umane, si svolgono. Nel discorso di Tarca questo elemento è solo accennato, nelle prime righe del suo saggio, ma poi non è sviluppato. Scrive infatti Tarca: «in una società fortemente concorrenziale come la nostra, se qualcuno si mostra soddisfatto può lasciare intendere che toglierli qualcosa non sarebbe poi un grande problema» (p. 18). Una società fortemente concorrenziale, una società dove le case farmaceutiche detengono la proprietà privata dei mezzi curativi, è una società dove i mezzi curativi si presentano sotto forma di merci. In sostanza si sta parlando di una società dove predomina il modo di produzione capitalistico. Pare dunque che paradossalmente proprio nel discorso di Tarca agisca quella "rimozione del negativo" da cui egli stesso mette in guardia nel suo discorso.

Leggendo il saggio di Tarca, sembra che ad essere rimossa sia non un lato specifico della medicina in quanto tale, in quanto arte-scienza presa in sé, ma il modo storico di dispiegarsi della medicina, e cioè la medicina sotto il modo di produzione vigente, la medicina sotto il modo di produzione capitalistico. I primi e principali interpreti delle conseguenze che il modo di produzione capitalistico ha sulla salute e sulla condizione di vita delle persone e dei lavoratori, sono stati Marx ed Engels. Un primo riferimento è allo scritto di Engels del 1845 *La situazione della classe operaia in Inghilterra*, testo che è annoverato² tra i primi ad effettuare una analisi sociale e macroscopica della salute,

1 Lo sviluppo del ragionamento teorico di Tarca si arresta, per continuare poi a livello pratico, alle condizioni: «dal momento che l'evoluzione tecnica sembra ormai incancellabile e inarrestabile, il problema pare essere quello di capire in che modo i bisogni 'sani' degli individui umani possano essere realizzati in questo contesto» *infra*, p. 19.

2 H. WAITZKIN, *A Marxist view of Medical Care in Annals of Internal Medicine* N.89: 264-278, p. 264. Inoltre «La tradizione di analisi macrosociologica della salute-malattia di ispirazione marxista può invece essere fatta risalire al classico studio di Friedrich Engels [1845] sulla condizione della classe operaia in Inghilterra, nel quale i problemi sanitari e le misere condizioni di vita del proletariato agricolo e industriale inglese venivano analizzati quali conseguenze dell'espansione del capitalismo. La stretta connessione fra condizioni di salute e sviluppo del capitalismo resterà quale tratto distintivo di questo paradigma, che si ispira ai concetti fondamentali elaborati da Marx, nella sua critica dell'economia politica capitalistica per operare un sostanziale rovesciamento del primato strutturale-funzionalista del biologico in un primato del sociale letto in chiave economico-politica, pur nel comune fondamento positivista» (G. GIARELLI, E. VENNERI, *Sociologia della salute e della medicina*, FrancoAngeli, Milano 2009, p. 253). Per una "economia politica della salute" e il confronto tra l'approccio marxiano alla salute ed altri approcci è ancora utile riferirsi a L. DOYAL, *The political economy of health*, Pluto Press, London 1979. Tra i fondatori della medicina

prendendo in considerazione fattori come il lavoro in fabbrica, l'urbanizzazione e l'inquinamento. Engels inquadrava così gli sviluppi della rivoluzione industriale e i progressi della scienza mettendoli in relazione con il modo di produzione capitalistico e l'ordinamento sociale che ne discende: «in un regime sociale ordinato, tali perfezionamenti sarebbero un'ottima cosa; ma nel regime in cui vige la guerra di tutti contro tutti, pochi individui se ne appropriano i vantaggi, sottraendo ai più i mezzi di sussistenza» (Engels, 1845, tr.it. 1978, p. 189). Per regime sociale ordinato Engels intendeva un tipo di regolamentazione della produzione dove essa è calibrata sui bisogni, non sul profitto che dalla produzione deriva.

Un'altra possibile integrazione al discorso di Tarca, che probabilmente Tarca sottoscriverebbe, si trova nella prima sezione del *Manifesto del Partito Comunista*, dove si citano in particolare proprio i medici e la trasfigurazione di questa professione quando il dominio della borghesia emerge in tutta la sua forza: «La borghesia ha spogliato della loro aureola tutte le attività fino ad allora guardate con rispetto e pia soggezione. Ha trasformato il medico, il giurista, il prete, il poeta, lo scienziato in suoi operai salariati» (Engels e Marx, 1848, tr.it. 2005, p. 9). Marx nel *Capitale* analizza gli sviluppi storici del lavoro evidenziando una differenza significativa a proposito del passaggio da un lavoro di tipo artigianale al lavoro nella fase industriale, dove lo stesso processo di lavoro si modifica intrinsecamente nelle sue fasi, con l'introduzione delle macchine nel processo lavorativo. L'intero processo di produzione si spezzetta, il lavoro parziale si dequalifica e la macchina può svolgere operazioni ormai standardizzate. Il lavoratore artigianale riusciva a padroneggiare la quasi totale interezza del processo lavorativo, l'operaio industriale invece perde questa capacità. Secondo Marx questo passaggio ha origine dalla possibilità che si trova davanti il capitalista di incrementare la quantità di valore che ricava dalla produzione, o meglio, dalla possibilità di estorcere una maggiore quantità di plus-valore nel corso della giornata lavorativa. Marx lo definisce il passaggio dalla sussunzione formale del lavoro al capitale alla sussunzione reale³. Servendosi della distinzione formulata da Marx è possibile notare come anche il medico abbia perso le capacità “artigianali” di gestire l'intero quadro clinico del paziente, limitandosi sempre di più ad essere parte di una “filiera della salute”⁴ più grande, della quale egli

sociale è da menzionare Rudolf Virchow (1821-1902).

3 «Mentre nella produzione di plusvalore nella forma fin qui considerata, il *modo di produzione* era presupposto come *dato*, per la produzione di plusvalore mediante trasformazione di lavoro necessario in plus-lavoro non basta invece che il capitale si impadronisca del processo produttivo nella *forma tramandata dalla storia* e come tale *presente*, e si limiti a prolungarne la durata. Per aumentare la *forza produttiva del lavoro*, ridurre il *valore della forza lavoro* accrescendo tale forza produttiva, e così *abbreviare* la giornata lavorativa necessaria alla riproduzione di questo valore, esso deve rivoluzionare le condizioni tecniche e sociali del processo lavorativo, quindi il *modo stesso di produzione*» (K. MARX, *Das Kapital. Kritik der politischen Oekonomie. Erster Band.* (1890), in K. MARX – F. ENGELS, *Werke* cit., vol. 23, pp. 333-334; trad. it. di B. Maffi, *Il capitale*, Torino, UTET, 2013, p. 436).

4 La definizione è tratta dal *Rapporto Annuale Filiera della Salute* curato da Confindustria: «La “filiera della salute” include tutti quei settori che producono, fanno ricerca, commercializzano e offrono beni e servizi di natura sanitaria». *Rapporto Annuale Filiera della Salute*, Roma, CONFINDUSTRIA 2018.

non rappresenta che uno specialista ben preparato solo a determinate attività specifiche. Il tema sul quale ragiona Tarca andrebbe inquadrato dunque nella sua cornice politica, storica e sociale per poter mettere in atto attraverso la prassi un tipo di azione progressiva.

Citando il *Manuale* di Epitteto nel quale si dice che «il saggio deve fondarsi solo su ciò che dipende da lui e non su ciò che dipenda da qualcosa su cui egli non ha controllo» (Tarca, *infra*, p. 18), Tarca giunge a porre un interrogativo decisivo: «dato che per avere cura di noi stessi dobbiamo avere una qualche forma di controllo su ciò che ‘ci costituisce’, come possiamo pensare di avere cura di noi stessi senza avere il controllo di tutto l’immane apparato tecno-scientifico-informatico-militare che controlla l’intero pianeta e la vita che su questo si svolge?» (Tarca, *infra*, p. 19). Una possibile risposta a questa domanda proviene dalla prospettiva interpretativa di Marx ed Engels: l’alienazione e le condizioni di soppressione dell’alienazione sono le stesse condizioni di possibilità dell’emancipazione. Senza una emancipazione che si eserciterà tramite riappropriazione non potrà essere possibile l’organizzazione a livello istituzionale di strutture in grado di rappresentare meglio le istanze “umane” dei medici e dei pazienti. Occorrerà prima svincolare quelle potenzialità progressive della tecnica dal monopolio capitalistico, dall’appropriazione privata che attualmente le distorce, dirottando quelle risorse che attualmente non arricchiscono che pochi proprietari di aziende farmaceutiche e multinazionali che operano in ambito sanitario, utilizzandole invece per implementare nuove cure e nuove possibilità di esercizio della medicina, socializzandole a beneficio di tutti coloro che ne necessitano. In un recente libro dedicato al tema dell’alienazione, Rahel Jaeggi ha proposto questa categoria liberandola dall’ipoteca essenzialistica che su di essa gravava sin da Rousseau. Porre normativamente un’idea essenzialistica di uomo non fa avanzare il ragionamento in nessun modo, esattamente come sostiene Tarca quando parla di «circolo vizioso» a proposito di quel corto circuito tra mezzo e fine di cui si parlava prima. L’autrice ridefinisce l’alienazione rispetto a tutto ciò che riguarda le condizioni necessarie per esercitare il controllo su ciò che ci riguarda. Scrive infatti Axel Honneth nella *Prefazione* del libro: «spesso semplicemente non possiamo evitare di descrivere alcune forme di vita individuali come alienate, di frequente tendiamo a considerare determinate condizioni sociali come fallite o “false” non perché violino i principi di giustizia ma perché contraddicono le condizioni che rendono possibile il nostro volere e potere» (Jaeggi, 2005, p. 6).

Rimandare ad una “essenza umana” grazie alla quale l’uomo poi si muove in maniera conciliata rispetto a ciò che lo circonda significa dimenticare che nelle condizioni storiche e sociali attuali egli nasce, vive e cresce tra conflitti: «la problematica sollevata dal concetto di alienazione cessa di essere interessante precisamente nel momento in cui si presuppone un’armonia prestabilita di rapporti, un’“unità” intatta degli individui con se stessi o con il mondo; essa diventa produttiva, invece, quando mette in questione queste relazioni senza assumere che esse possano essere completamente libere da conflitti» (Jaeggi, 2005, p. 73). La categoria di alienazione invece va interpretata, in modo da essere produttiva ed efficace, alla luce di quanto è veramente a disposizione

dell'uomo: «Una vita non alienata, allora, non sarebbe una vita riconciliata, né felice, forse neanche la buona vita. Non essere alienato significherebbe, invece, un certo modo di *condurre* la propria vita e un certo modo di *mettersi in rapporto* con se stessi e con le condizioni in cui si vive e da cui si è determinati: *significherebbe* potersene *appropriare*» (Jaeggi, 2005, p. 74). Per allacciarsi al tema della felicità e del rapporto dell'alienazione con l'infelicità, Jaeggi si serve delle pagine del saggio *Etica antica e moderna* di Ernst Tugendhat, dove egli poneva il problema se sia possibile riproporre la questione antica della natura della felicità nelle condizioni della modernità. La soluzione che intravede Tugendhat è secondo Jaeggi quella della elaborazione di un concetto *formale di salute psichica*: «Muovendo dalla definizione (apparentemente non problematica) di salute *fisica* come “funzionalità”, egli sviluppa per la salute *psichica* il concetto di “funzionalità del volere” e dei suoi possibili danneggiamenti» (Jaeggi, 2005, pp. 74-75).

Da queste riflessioni Jaeggi conclude il capitolo elaborando una propria proposta rispetto al tema dell'alienazione e al suo nesso con un problema molto più ampio, utilizzando una parola che rimanda evidentemente alla dimensione politica dell'uomo, la libertà: «Le mie riflessioni sull'alienazione possono ricollegarsi a questa concezione nel modo seguente: i fenomeni dell'alienazione possono essere compresi come un impedimento del volere e così – più in generale – del rapporto degli individui con se stessi e con il mondo [...] Il problema dell'alienazione è così legato a quello della libertà» (Jaeggi, 2005, p. 76). Una risposta alle problematiche sollevate da Tarca può provenire dunque da un ragionamento che si sviluppi a partire dalle condizioni storiche e sociali nelle quali la filosofia e la medicina attualmente operano. Per analizzarle da questo punto di vista però sarebbe opportuno abbandonare un approccio a queste tematiche che si rapporti alla tecnica e all'uomo come categorie astratte, che funzionino come essenze, per prendere coscienza delle loro caratterizzazioni sul piano reale.

Come si è visto, sviluppare il discorso a partire da opposizioni logiche sterilizza la questione bloccandone i possibili sviluppi pratici. Le considerazioni “classiche” di Marx ed Engels, aiutano ad inquadrare meglio la questione della medicina e a “calarla” all'interno della dimensione sociale dell'uomo che non è mai come un campo libero, ma sempre un territorio dove si dispiegano dei conflitti. L'interpretazione di Jaeggi contribuisce a smantellare una rappresentazione essenzialistica di uomo e di conseguenza, dell'alienazione, che invece si dimostra essere qualcosa di molto vicino a noi, qualcosa che ha a che fare con la libertà e con le condizioni che permettono alla nostra libertà di dispiegarsi.

Filosofia e chirurgia

Marcello Della Corte

Esistono molte questioni che interessano la pratica medica che sono state oggetto da lungo tempo di speculazione filosofica. Si va dal rapporto tra vita e morte, al ruolo del medico e della medicina nella definizione della guaribilità, alla natura della malattia e il suo contrapporsi allo stato di benessere, nonché ai problemi etici che si sviluppano attorno a tali questioni. Per non parlare degli interrogativi filosofici che permeano la psichiatria: la branca della medicina che costituisce il maggior punto di osmosi tra indagine filosofica e pratica medica con i suoi strumenti diagnostici e terapeutici.

Meno intuitiva può apparire la correlazione tra filosofia e chirurgia: una disciplina, quest'ultima, di stampo eminentemente pratico e manuale, con una fondamentale base tecnica, che si avvale di strumentari che sono diventati sempre più complessi, si pensi ad esempio, alla chirurgia laparoscopica o alla robotica, in cui la strumentazione impone un cambiamento delle modalità di esecuzione di interventi chirurgici, ma che pur sempre richiedono manualità e "saggezza pratica" (*phronesis*). Ci si domanderà dunque entro quali limiti un chirurgo sia votato alla filosofia e quanto nell'esercitare la propria attività professionale possa assumere in sé una vocazione filosofica; quanto, cioè, sia volto a riflettere e ad approfondire tematiche che appaiono lontane dal meccanicismo che almeno in apparenza informa la disciplina chirurgica.

E la domanda non è infondata, se si pensa che è nella chirurgia che *phronesis* e *praxis* assumono maggiore rilevanza. Proprio questa, difatti, è la branca in cui contano il gesto, l'eleganza oltre che l'accuratezza dell'esecuzione, la manualità, la coordinazione dei movimenti, tutti aspetti che appaiono lontane da approfondimenti di tipo speculativo.

Nel definire in cosa consista il filosofare Josef Pieper si è espresso in questi termini: "Filosofare significa: allontanarsi non dalle cose quotidiane, bensì dai consueti pregiudizi sulle cose quotidiane. [...] ciò avviene sulla base del fatto che all'improvviso ci si è manifestato un nuovo volto delle cose" (Pieper, 1971, p. 74). Dunque, si potrebbe sostenere che pur nel suo essere disciplina pratica per eccellenza, l'attività del chirurgo contiene la necessità di osservare e riconoscere "il nuovo volto delle cose", poiché ogni caso è un evento a sé, così come ogni paziente è portatore di una sua unicità. Ma anche il portare nella pratica quotidiana la propria esperienza sia di medico, sia di uomo potrebbe far intravedere un legame con quanto affermato da Tarca: "La vera vocazione...è quella che chiama a un'esperienza nella quale ogni identità esperienziale (medica, filosofica, etc.) comprende in qualche modo tutte le dimensioni che la riguardano..." (p. 24). Quindi, in tale ottica, qual è (o dovrebbe essere) il ruolo del medico nell'affrontare la malattia e, soprattutto nell'interagire con il paziente?

Nella *Cantatrice calva*, Eugene Ionesco fa dire ad uno dei suoi personaggi, Mr Smith: “Un medico coscienzioso dovrebbe morire assieme al suo paziente se non riesce a guarirlo. Il capitano di una nave perisce con essa...mica si salva”.

Prescindiamo per un momento dal contesto dell'opera con le sue componenti ludica e straniante. In queste affermazioni così “estremiste” si condensano numerose tematiche che riguardano l'agire del medico e i suoi rapporti con il paziente.

Benché superata dall'avvento del metodo scientifico e della sua applicazione nel campo pratico della medicina moderna, l'idea che il medico posseda in sé il “segreto” per guarire le persone, che sia una sorta di sciamano la cui attività è avvolta da un'aura di mistero, è tuttora radicato nel sentire profondo della collettività.

In quanto sofferente, il paziente si rivolge al medico con la convinzione che con le sue abilità potrà guarirlo. L'idea di fondo è che si ha fiducia nelle pure capacità del medico, in quanto in possesso della conoscenza atta a sconfiggere la malattia. Attraverso il sapiente uso degli strumenti di cui dispone il medico e, se si vuole, ancor più il chirurgo, “eliminarrebbero” il male e “produrrebbero” la guarigione in un processo che Heidegger definirebbe di cura inautentica:

Quanto ai modi positivi dell'aver cura ci sono due possibilità estreme. L'aver cura può in un certo modo sollevare l'altro dalla “cura” sostituendosi a lui nel prendersi cura, intromettendosi al suo posto. Questo aver cura assume, per conto dell'altro, ciò di cui si deve prendere cura. L'altro in questo modo risulta espulso dal suo posto, retrocesso, per ricevere a cose fatte e da altri, già pronto e disponibile, ciò di cui si prendeva cura, risultandone del tutto sgravato.

In questa forma di aver cura l'altro può essere trasformato in dipendente e in dominato, anche se il predominio è tacito e dissimulato per chi lo subisce. Questo aver cura, che solleva l'altro dalla “cura”, condiziona largamente l'essere-assieme e riguarda per lo più il prendersi cura degli utilizzabili (Heidegger, 1927, p. 153).

In questo senso, non solo l'asportazione del male potrebbe apparire con una valenza negativa, nel senso di sottrattiva, ma l'agire del chirurgo comporterebbe un'abilità di sostituirsi alla natura in un processo di “*restitutio ad integrum*” dell'organo e dell'organismo malato, “garantendone” in tal modo la guarigione.

In realtà, la modalità di esercizio dell'attività del chirurgo e le risultanti del suo operare sono del tutto diverse.

In primis si rende necessario definire in cosa consista lo stato di salute. In modo sintetico si potrebbe adottare l'affermazione di Gadamer secondo cui la salute andrebbe vista come “un'armonia”. Qui, oltre al riferimento Platonico a cui il filosofo tedesco si rifa, si riafferma il concetto di omeostasi; quel “*milieu interieur*”, per dirla con Claude Bernard, che costituisce l'elemento fondante di uno stato di equilibrio dinamico che consente agli organismi di vivere.

Il venire meno di questo equilibrio, la perdita della capacità di autoregolazione dell'organismo, dei suoi costituenti cellulari e molecolari, rappresenta l'elemento che determina l'insorgenza delle patologie. Tale equilibrio può essere indotto da *naxe*

patogene di varia natura: microrganismi, sostanze tossiche, traumi, alterazioni funzionali di cellule o organi. Ecco che la funzione del medico non è, quindi, quella di procurare o “causare” la guarigione, quanto di offrire strumenti che aiutino l’organismo a ristabilire un proprio stato di salute e, pertanto, di coadiuvare la “*vis medicatrix nature*” attraverso il proprio intervento. Coadiuvare, come sostiene Gadamer, la forza auto-risanatrice della natura e dello spirito.

Dice ancora Heidegger (1927, p. 153): “Opposta a questa è la possibilità di aver cura la quale, anziché intromettersi al posto degli altri, li presuppone nel loro poter essere esistitivo, non già per sottrarre loro la cura, ma per inserirli autenticamente in essi”.

A livello fisiopatologico, si potrebbe pensare che si giunga dunque, ad un tipo di cura “autentica” secondo la definizione di Heidegger, in cui è l’organismo in sé a realizzare la propria guarigione, avvalendosi degli strumenti forniti dal medico. Infatti, se in apparenza il chirurgo nel suo gesto terapeutico avoca a sé la rimozione del male, al contempo offre all’organismo e, direi, più ampiamente all’individuo gli strumenti per superare lo stato di malattia e ritornare a quella condizione di equilibrio omeostatico in cui consiste lo stato di salute.

Va sottolineato che, tuttavia, nell’alterare la struttura del corpo dalla sua condizione originaria a quella post-operatoria, non si “ritorna” verso la guarigione intesa come reintegro delle condizioni preesistenti, ma si apre una fase diversa caratterizzata dal raggiungimento di un nuovo equilibrio, uno “steady state” dinamico. Nell’esecuzione di interventi chirurgici si invade il corpo, se ne modifica la struttura anatomica e altera l’integrità, in apparente contrapposizione al precetto ippocratico “*primum non nocere*”.

Entro certi limiti, il ruolo tecnico del chirurgo si ferma a questo punto.

Subentra però un altro ruolo che è quello più ampio della cura del malato quale individuo. A questo punto si viene a porre una delle altre questioni, rappresentata dal rapporto personale che si instaura tra medico e paziente. Tale rapporto avviene tra professionista e paziente, ma anche tra individui intesi come portatori di esperienze. Lo sforzo comune di entrambi, ognuno con i propri strumenti, volto a sconfiggere la malattia, va oltre la mera applicazione di farmaci e procedure chirurgiche. L’interazione con il paziente e con la sua condizione patologica trascende l’aspetto prettamente tecnico, in quanto ogni individuo è un unicum composto di molecole e cellule, ma anche di interpretazioni, sensazioni, idee. Pertanto, nell’affrontare la patologia, oltre alla corretta applicazione delle armi di cui si dispone, è indispensabile comprendere quale sia l’interpretazione che il paziente ha della propria condizione di malato.

Per eseguire un intervento chirurgico in genere si altera lo stato di consapevolezza o di coscienza e vigilanza della persona, oltre a impartire un cambiamento strutturale dell’assetto fisiologico di quel determinato organismo. Ne consegue che si modifica in modo più o meno permanente anche la percezione di sé e si innesca un meccanismo di riadattamento e accettazione di una nuova corporeità. L’affrontare una malattia e, ancor più, accettare una mutilazione o un’alterazione permanente della propria integrità fisica costituisce un momento di passaggio e può richiedere elaborazioni psicologiche che spesso richiedono l’intervento di figure specialistiche.

Dunque, lo sforzo del chirurgo è volto a ricreare una neo-fisiologia in cui le funzioni vitali persistano e consentano all'individuo/organismo l'adattamento ad una nuova dimensione organica.

Per questo, lo stesso ricorso a professionalità specialistiche, volte a consentire un'elaborazione psicologica del trauma subito, non esime il chirurgo dallo sforzo di riassumere in sé il ruolo di individuo, con le proprie interpretazioni e agire sul piano comunicativo con il paziente in uno sforzo congiunto.

Qui il ruolo del medico si fa più complesso, richiedendo la capacità di stabilire una connessione più profonda con la persona. Un compito arduo che richiede di indagare la realtà dell'altro individuo e percepirne dubbi, angosce e paure, che spesso restano inespressi. Il chirurgo, dal canto suo, riversa in questa interazione il proprio carico emotivo, le proprie convinzioni, le proprie angosce e le proprie paure, a cui si aggiunge il peso della responsabilità di cui si fa carico. A tale proposito, Arnold van der Laar scrive:

Il chirurgo entra letteralmente a far parte del trattamento del suo paziente: le sue mani diventano infatti gli strumenti di quel trattamento [...] Nessuna malattia ha esito certo per quanto efficace sia il trattamento...ma in quanto chirurgo devi poter giustificare il decorso molto più dei medici che non usano le mani. Ho fatto del mio meglio e ho agito bene? Questo è un dubbio persistente che il chirurgo nasconde dietro un'apparente sicurezza [...] Ma anche nel chirurgo più sicuro di sé quella sicurezza è pura apparenza, un modo per riuscire a portare la responsabilità (Sotto i ferri, Codice Edizioni, pp. XIX-XX)

Nello svolgere il proprio ruolo di professionista della salute il medico e, in modo anche più marcato, il chirurgo deve, inoltre, avvalersi di ciò che Tarca definisce "l'apparato".

Quando Tarca afferma: "la costruzione dell'apparato tecnico-amministrativo scaturisce anche proprio dalla vocazione del medico" (p. 18) sottolinea quanto una vocazione filosofica possa rientrare anche in campi ad esso in apparenza lontani. Si potrebbe sostenere che la scelta di una tecnica, di un approccio terapeutico o di uno strumentario non solo non sono avulsi da considerazioni di tipo etico, ma sono legate alla considerazione del singolo caso, delle preferenze dell'individuo/paziente e a quelle dell'individuo/chirurgo, e alle loro aspettative.

Dice, ancora, Gadamer, a proposito della questione del rapporto tra *techné* e *praxis* nell'ambito medico: "il giudizio del medico regola ancora oggi una sfera di attività particolarmente ampia, proprio perché in questo ambito la tecnica...interviene solo in misura limitata" (Gadamer, p. 26).

Dunque, la cosiddetta "saggezza pratica" (*phronesis*) costituisce elemento fondante della pratica chirurgica, e ciò comporta una giusta applicazione della "norma", nel senso della tecnica chirurgica, dei suoi tempi delle sue modalità, dell'opportunità stessa della cura, vale a dire una sua "interpretazione". Si potrebbe ritenere che questa

necessità interpretativa, quand'anche nell'ambito di scelte tecniche, richiami a modalità speculative, benché di altra natura rispetto a quelle teoretiche della filosofia.

Tarca, nell'affrontare il tema del ruolo della *pratica* filosofica, parla di "un gesto che è compiuto in sé stesso in quanto si rapporta armonicamente a tutte le differenti determinazioni che si danno" (*infra*, p. 22), richiamando alla mente l'essenza del gesto chirurgico.

Si ritorna all'idea che medico e paziente nel processo di cura si integrino psicologicamente, percorrendo il cammino verso la guarigione di pari passo. Partendo dal presupposto che chi le patologie le affronta aggredendole direttamente, non necessariamente con la mediazione del farmaco o di qualche dispositivo, e attraverso modalità che potrebbero addirittura apparire brutali, ha insito nel proprio approccio la consapevolezza che sottoporrà un altro individuo ad una mutilazione, ad un'invasione e ad una verosimile alterazione permanente della sua integrità corporea. Se, come e quanto alterare la struttura corporea, l'anatomia del paziente, con quanta radicalità aggredire la malattia e con quanta tempestività sono solo alcune delle questioni che vanno di volta in volta affrontate e, dunque, (pur nella consapevolezza che qui non si parla di filosofia in senso specialistico e teoretico) si rende necessario l'approfondimento di questioni, oltre a quelle etiche, peraltro largamente analizzate e approfondite dai filosofi, che vanno al di là della mera asettica analisi scientifica e tecnica. Si rende necessario approfondire con il paziente problemi che riguardano la paura della morte, la perdita del controllo e dello stato di coscienza, l'affidare la propria vita a mani estranee, il dolore, la paura non solo della malattia ma anche delle implicazioni della modalità terapeutica.

Così le angosce dell'uno si uniscono ai timori dell'altro. Potrebbe dirsi che in questa interazione si sublimi l'idea di Gadamer dell'"essere in quanto in rapporto all'altro".

Il chirurgo quale curante ha ragion d'essere in quanto in stretto rapporto con il paziente sia nella sua sfera psicologica sia, e in modo più radicale, con la sua corporeità.

Dunque, si potrebbe affermare che il chirurgo rappresenti in maniera paradigmatica il medico la cui competenza pratica o *phronesis*, assume massima rilevanza. La tecnica chirurgica e la sua meticolosa applicazione rappresentano il principale mezzo attraverso il quale la malattia viene affrontata con l'intenzione di debellarla.

Ebbene, se da un lato questi aspetti costituiscono la tessitura culturale nella quale agisce il chirurgo, il suo essere chiamato a riflettere su questioni che informano la pratica filosofica rappresenta un aspetto di non secondaria importanza.

Il salto nel buio che chi si sottopone ad un intervento chirurgico è costretto a compiere rappresenta un elemento di riflessione quotidiana. Certamente, gli strumenti analitici di cui si dispone sono basati su elementi statistici, scientifici, tecnici, ma la tecnica non può né deve prescindere dall'aspetto umano. Il rapporto che si crea tra i due individui diventa come una integrazione. Una lotta in cui le forze si uniscono.

Infine, esiste una terza questione sollevata da Tarca, che si può riassumere nella frase "il compito primario del medico è quello di curare la sanità". Per essere in grado

di esercitare la professione, compito del medico è quello di essere al contempo “funzionale all’apparato” ed “esprimere la ricchezza della propria esperienza”.

Dunque, se verità nella frase di Ionesco esiste è che il medico soccombe con la propria Istituzione se non è in grado di curarla. Si tratta di un nodo essenziale in cui il soggetto istituzionale, pur mantenendo la sua dimensione di individuo, deve contribuire a realizzare il progetto di assistenza ai bisogni dei malati. Ma qui ci si propone un altro problema di chi possa essere, nel concreto, il soggetto umano/istituzionale portatore dell’esperienza e competenza necessarie. Potrebbe trattarsi di un singolo soggetto, individuato quale portatore di un’esperienza e conoscenza di valore universale? Non sarebbe utopico ritenere che in un unico individuo sussista tale conoscenza ed esperienza? Lo stesso potrebbe dirsi di un gruppo ristretto di medici/tecnocrati. Si potrebbe pensare allora alla intera comunità medica. Ma quanto essa contenga in sé una direttrice comune è arduo sostenerlo.

Tarca, infatti, afferma “[...] se c’è il problema di armonizzare l’elemento medico con quello istituzionale [...] e a tal fine si istituisce un luogo (chiamiamolo “Organismo di mediazione/rappresentanza) che raccolga elementi sia del primo polo (medici) sia del secondo (funzionari/amministratori) ecco che anche questo elemento-soggetto si sdoppia automaticamente [...] in un elemento ‘reale’ [...] e in un elemento ‘ideale’[...]” (Tarca, *infra*, p. 21).

Il problema allora diventa più complesso, in quanto gli individui umani sono “*portatori* di polarità”. Sarebbe auspicabile una sintesi di tutte le diverse istanze raccolte dalla comunità dei medici che dia luogo a proposte e soluzioni volte a favorire il miglioramento dell’assistenza sanitaria. Ma va tenuto presente che, di fatto, i medici hanno a cuore la “salute” della Sanità.

A questo proposito, Burritt Hess, Associate Program Director *dell’Heart of Texas Community Health Center*, afferma: “I clinici sono già degli innovatori, - amano sporcarsi le mani e risolvere problemi. Hanno solo bisogno di un’organizzazione che li sostenga in questo (Stewart et al., 2020). Dunque, compito dei medici può e deve essere quello di fornire idee e lavorare in sintonia con gli amministratori al fine di promuovere l’innovazione e il miglioramento delle modalità di cura dei pazienti. Del resto nell’interagire con l’Istituzione, i medici acquisiscono consapevolezza dei meccanismi gestionali della sanità. Che una biunivocità di questa interazione abbia valore su entrambi i fronti, (quello amministrativo e quello clinico) è certamente vero. Tale interazione va però rafforzata. L’auspicio è che gli amministratori, il cui ruolo è quello di conciliare le esigenze di budget, con quelle di innovazione e miglioramento, sappiano cogliere l’occasione di collaborare sempre più proficuamente con gli operatori che agiscono in prima linea verso una direzione comune, che consiste nell’assicurare ai pazienti la migliore possibilità di cura.

Il counseling e le narrazioni che curano

Giulio Corrivetti

La Filosofia, nell'orizzonte del suo sapere disciplinare, cerca da sempre di comprendere ed affrontare, con propri strumenti speculativi, le tematiche dell'“essere”, dell'“esserci al mondo” e quelle del presente dell'uomo, con virtuose letture dell'attualità, oltre che seguire un pensiero logico razionale adeguato ai contesti. Sull'orizzonte di una sua prospettiva applicativa e sistematizzata, in Germania, agli inizi degli anni '80 del Novecento nasce un'attività strutturata dell'analisi filosofica applicata alle grandi problematiche personali dell'uomo, anche in forma privata, ed indirizzata al singolo, alle sue paure ed alla sua sofferenza. Un dialogo personale, privatissimo di proiezione delle problematiche soggettive in un contesto d'analisi più universale con orizzonti teoretici filosofici. Una fortunata e virtuosa applicazione del pensiero universale che parte dalla richiesta della singola persona e che si rivolge al filosofo capace di riflettere criticamente sui destini personali e su di una speculativa concezione del mondo. Il filosofo tedesco Gerd B. Achenbach (1984) la descrive con il nome di “Philosophische Praxis”.

Umberto Galimberti si pone addirittura la domanda se la psicoterapia, la cura con la parola, sia nata proprio perché la filosofia abbia disertato sé stessa e, “da pratica di vita, sia diventata prevalentemente un mestiere per l'insegnamento”. In verità, Galimberti si è molto esposto sul tema, declinando i diversi aspetti di questo agire intenzionale. Egli è apparso come un guru del dialogo filosofico e della consulenza in particolare. Sulle pagine di “Repubblica”, nel 2003 si esprime affermando che le psicoterapie funzionano “per coloro che non vogliono conoscere veramente se stessi ma semplicemente adattarsi al mondo, mentre a coloro che non hanno questi problemi, che hanno sperimentato il vero dolore e che preferiscono approfondire realmente la conoscenza di sé occorre la filosofia quale pratica consapevole della vita”. In tal modo la filosofia si rappresenta come una terapia dell'esistenza. Si mette a fuoco, in questa prospettiva, la sostanza fondativa della filosofia socratica.

Dalla metà degli anni '80 del secolo scorso la consulenza filosofica si diffonde un po' in tutta Europa (Lahav, 2004; Schuster, 2006). In Italia, nel 1994, Nicola Velotti stila il Manifesto Italiano della Pratica Filosofica. Nascono, così, diverse associazioni su tutto il territorio nazionale, ed emerge in primo piano il problema del riconoscimento professionale e della regolamentazione legale della professione.

La legge del 14 gennaio 2013, n. 4 “Disposizioni in materia di professioni non organizzate” regolerà la professione del consulente filosofico, stabilendo di fatto, che il consulente filosofico possa assumere un ruolo professionale che può operare con singoli e con gruppi, anche aziendali, agendo sulla comunicazione, sulla

gestione del disagio individuale e collettivo e sulla formazione. Il disagio e la sofferenza nelle relazioni e nei conflitti sono accompagnati verso una trasformazionalità antropologica e verso un cambiamento consapevole e riflessivo che dialoga con la domanda di senso che emerge soprattutto quando le persone non riescono a disvelare una propria biografia, a formulare una propria narrazione ed a dare espressione fluente alle proprie storie di vita ed ai propri destini. È così che dalla narrazione personale si riesce a scoprire e donare senso alle tracce della propria esistenza e del proprio essere nel mondo. Il mondo che si riflette nella consulenza filosofica utilizza il contesto dell'ascolto attivo e della riflessione tematica esistenziale restando sempre all'interno del perimetro della consapevolezza e del confronto tra abiti mentali e concezioni del mondo. Il consulente filosofico guarda all'altro nella prospettiva di rimodulare i percorsi dei ragionamenti ed i valori universali che a quei ragionamenti donano un senso ed una sostanza storicizzata ed universale. Tali percorsi costruiscono, per tappe, una prospettiva di cambiamento antropologico strategico. L'obiettivo della pratica filosofica, così, per dirla con Natoli, è la felicità e la strada per il suo conseguimento, poiché solo la filosofia dà felicità. La filosofia si fa maestra di vita, ed il filosofo è colui che, supposto sapere, guida colui che si affida al suo sapere in una dimensione di gioia, colmando la distanza tra chi sa e chi non sa. Le pratiche filosofiche si legittimano in quanto discorso che sa prendersi cura intimamente dell'anima con un percorso diverso dalle psicoterapie.

D'altro canto, la narrazione operata dal paziente in psicoterapia, punta a determinare un cambiamento attraverso la descrizione, l'analisi e la elaborazione dei problemi: la narrazione spontanea del paziente, ne trasforma il senso (Bertrand, 2000). In un certo senso, il paradigma della psicologia e della psicoterapia narrativa si applica anche alla consulenza filosofica. La relazione tra narrazione e cambiamento personale è stata studiata ampiamente con interessanti correlazioni tra la "fluenza" delle parole e l'attualizzazione dei suoi significati (Angus, Greenberg, 2011; Bruner, 2002; Gonçalves, 2011). Tutte le ricerche in questo campo analizzano la componente discorsiva della narrazione più che il suo contenuto: oltre il contenuto, il discorso tradisce le modalità con cui le storie sono narrate, indicandone la coerenza, la consapevolezza e la potenzialità di elaborarne i conflitti e le contraddizioni (Dimaggio, 2011; Fonagy, Target, 2001).

I principi dell'antropologia esistenziale al settore clinico-terapeutico

L'Antropologia neo-esistenziale rappresenta la disciplina che in campo filosofico, ha maggiormente influenzato ed ispirato le professioni di aiuto, quali la stessa psicoterapia, la mediazione familiare e culturale, il counseling, e, restando in argomento, in particolar modo la Consulenza filosofica. Questa corrente filosofica, organizzata disciplinarmente, rappresenta l'evoluzione teorica ed operativa dell'esistenzialismo novecentesco. La filosofia dell'esistenza ha fortemente influenzato le correnti

riflessive delle psicologie del secolo scorso, riconoscendo in Karl Jaspers (1913, 1940), e nella sua psicopatologia, uno dei maggiori esponenti, fino a scivolare nelle fenomenologie di ispirazione Husserliane che tanto hanno influenzato il pensiero ed i cambiamenti determinatisi nella cultura e nella programmazione delle discipline psicologico-psichiatriche. La fenomenologia di Husserl ha influenzato le psicologie e le correnti psicoanalitiche moltiplicandosi in numerose direzioni quali l'analisi esistenziale, l'antropoanalisi, le antropologie fenomenologiche, la *daseinanalyse* vera e propria. L'antropoanalisi, poi, ha successivamente generato una dottrina ed una prassi terapeutica, costituendo la dimensione teoretica ed operativa della psicologia umanistica; quella psicologia che esalta la specificità dell'uomo e il suo primato ontologico.

Il *Dasein* (Heidegger, 1927) ovvero l'esser-ci, l'ente consapevole dell'essere, rappresenta lo statuto dell'antropoanalisi, per la quale il ruolo del curante è quello di un facilitatore più che un terapeuta in senso stretto. Ed inoltre, questo ruolo si esplica con uno stretto legame al tempo presente, più che con una analisi del passato ovvero una ricostruzione di proiezioni future. Il cambiamento è nell'attualità. Il legame al tempo diviene una più avanzata specificazione delle tre dimensioni del tempo vissuto di Heidegger. È noto a tutti quanto che queste correnti abbiano influenzato i movimenti e le rivoluzioni paradigmatiche che hanno disegnato il moderno volto del sistema di tutela della salute mentale.

Analogo fermento, nelle stesse epoche hanno vissuto gli sviluppi delle filosofie applicate: così come nella seconda metà del secolo scorso quelle discipline hanno influenzato il superamento della istituzione manicomiale, verso una più sana articolazione dei percorsi di cura e di tutela della salute mentale dei cittadini, quella stessa epoca ha assistito a moltiplicazioni disciplinari degli orientamenti psicoterapeutici e le ulteriori sistematizzazioni dell'indirizzo antropologico-esistenziale quali la *existenzanalyse* di Viktor Frankl (1946).

In Italia una scuola di psicoterapia ad indirizzo umanistico esistenziale fu fondata da Eugenio Fittozzi, e comprendeva sezioni quali la logoterapia e l'analisi esistenziale (Fittozzi, 1974). Una realtà operativa della Antropologia Esistenziale che si è orientata a connettere la dimensione della cura con quella della analisi Antropologica. Ulteriori sue espressioni e suoi sviluppi li hanno realizzati, in Campania, Ferdinando Brancaleone e Gianfranco Buffardi, fondando l'Istituto di Scienze Umane ed Esistenziali (Brancaleone, 2004).

“La parola e la Cura” dedicata alla comunicazione e al counseling in medicina, psicologia e psicoterapia.

Non è un caso che già in Omero i discorsi siano considerati dei veri e propri rimedi in grado di curare le malattie dell'animo. La recente riscoperta degli approcci biografici e narrativi nel campo delle psicologie applicate, ed ancor più nel campo

della moderna medicina, mostra come proprio la narrazione sia un elemento centrale nella vita dell'uomo. La narrazione individuale di storie genera l'organizzazione mentale di una biografia personale che, adeguatamente intrecciata con le storie di altre vite, contribuisce a donare un senso alle proprie esperienze ed alla propria esistenza.

Noi viviamo immersi nelle narrazioni spinti da un istinto antico alimentato da un desiderio di conoscenza e di scoperta (Piro, 1997). L'essere umano costruisce e ricostruisce i propri mondi narrandoli. La cura con le parole affida alla narrazione il baricentro del processo terapeutico. La terapia viene così vista come un racconto, come un romanzo, come un'opera d'arte. L'intera attività terapeutica è in fondo questa sorta di esercizio immaginativo che recupera la tradizione orale del narrare storie: la terapia ridà storia alla vita. Il lavoro della cura con le parole assume, così, una sua prospettiva filosofica, artistica ed estetica. Come uno scrittore elabora le proprie storie, il curante, il consulente di un dialogo privato, costruisce un setting variopinto che favorisce le rappresentazioni immaginarie dei mondi del singolo riscrivendone la partitura e rifocalizzandone le rappresentazioni.

Il concetto di narrazione è molto ampio e travalica i confini del racconto orale e/o letterario; la narrazione è riferibile al mito, alla leggenda, alla fiaba, alla novella popolare, all'epica, alla storia, alla tragedia, al dramma, alla commedia, al mimo, alla pittura, al cinema, al teatro, ai fumetti, alla conversazione. Indipendentemente da una suddivisione in buona e cattiva letteratura, la narrazione sembra internazionale, transtorica, transculturale: la vita stessa è narrazione in quanto storia (Bruner, 1988). Esiste una prospettiva attenta alla storia ed al discorso, che punta alla elaborazione del contenuto del discorso quale presupposto di un cambiamento, e non si limita al perfezionamento della forma narrativa. La parola tradisce l'intenzionalità della persona. L'episodio narrato diventa il baricentro intorno a cui si dipana il processo elaborativo, tanto in una prospettiva teoretica, quanto in una dimensione soggettiva.

L'essere umano, dall'epoca del perfezionamento dei linguaggi e della comunicazione attraverso la parola, ha usato le storie per presentarsi al mondo ed agli altri e si è riconosciuto attraverso i propri racconti. All'inizio fu la parola, il resto ne è un riflesso. La distinzione tra storia e preistoria è inscritta nell'articolazione del verbo e del suo potere di significazione. L'uomo parla e scrive in quanto attore di una mente autocosciente. Secondo questo approccio la mente è funzione del linguaggio e non viceversa (Stamenov e Gallese, 2002).

Nello stesso tempo il pensiero narrativo costituisce il motore delle trasformazioni antropologiche dei singoli e delle comunità. Così le storie curano, sopravvivono a sé stesse rimodulano le realtà, il tempo e la memoria. Però, l'atto stesso del narrare implica la presenza, reale o virtuale, di un interlocutore, singolo e di specie, che rispecchia il senso del processo narrativo. Due soggettività, due cervelli che risuonano all'unisono, la reazione di una consonanza intensionale, l'intersoggettività creativa, le due intenzionalità che tra verbale e non verbale creano, di volta in volta, un nuovo senso della realtà, dell'esperienza e del dolore (Rizzolati e Sinigaglia, 2019). Proprio

nello spazio intersoggettivo, l'intenzionalità degli attori riesce a dar vita ad una costruzione narrativa che li determina in un perimetro sistemico della relazione. Essi diventano la relazione che creano. Tratti aspecifici che fanno riferimento a forme arcaiche ed iniziali della comunicazione umana, prerazionale e prereriflessiva (I comportamenti protodialogici dei neonati permettono a madre e figlio di stabilire una consonanza affettiva che permette la condivisione di stati affettivi interni. All'inizio della vita le relazioni sociali si stabiliscono prima della costituzione di una soggettività cosciente) (Northoff e Stanghellini, 2016). La simulazione incarnata presiede al controllo esecutivo delle azioni ed anche alla loro comprensione (Sestito et. al., 2017). Ma oltre ad essere un essenziale strumento di relazione, la narrazione rappresenta anche, e soprattutto, la via attraverso cui dare forma alla propria identità.

Secondo Jerome Bruner (2004 a, b), l'espressione narrativa è un prodotto del sé: la narrazione e il sé sono inestricabilmente connessi. Per questo autore, il senso di sé deriva dall'atto rappresentativo di raccontare le nostre esperienze nel mondo, per condividerle con gli altri e per facilitare l'auto-comprensione. In termini di auto-comprensione, Egli suggerisce che raccontare qualcosa a sé stessi, su di sé, è come costruire una storia su chi e cosa siamo, su cosa è successo e sul perché stiamo facendo ciò che facciamo. La costruzione del senso di sé, secondo Bruner, non può procedere senza la capacità narrativa.

Una volta che abbiamo acquisito questa capacità, produciamo un senso di sé che ci unisce agli altri, che ci permette di ricordare selettivamente il nostro passato preparandoci allo stesso tempo alle possibilità di un futuro immaginato.

Dopo un periodo di disattenzione, per il prevalere di una medicina basata, in maniera ossessiva sulla evidenza, il dibattito contemporaneo ha riscoperto "l'approccio narrativo in psicoterapia".

Per anni, l'autoreferenzialità culturale e scientifica della clinica moderna ha alluso ad una alternativa tra "narrazione" e "approccio evidence-based". Questa presunta alternativa ha erroneamente attribuito un significato preciso all'approccio narrativo, connotandolo come contrario a un approccio scientifico basato sulle evidenze. A tal proposito, appaiono dirimenti le annotazioni di Marshall Edelson (1984): il senso di sé deriva dall'atto rappresentativo di raccontare e dal modo di lavorare in psicoterapia. Egli perseguiva un unico modello dell'azione psicoterapeutica basato sul metodo di prestare attenzione alle storie che i pazienti gli raccontavano, e di vedere quali trame di film che essi avevano visto o di libri che avevano letto gli venissero in mente.

In psicoanalisi, questa metodologia non è in antitesi a un approccio evidence-based, tutt'altro: secondo Edelson (1985) è proprio grazie anche a questo approccio narrativo che la psicoterapia può avvicinarsi a un confronto con le altre discipline. Anche nel "rendere conscio l'inconscio", l'approccio narrativo permette di superare i comportamenti disadattivi o sintomatici.

Quando uno psicoterapeuta fa una interpretazione, non fa altro che raccontare la stessa storia, al paziente, in un modo più completo e coerente. L'ipotesi, oggetto di studio da parte di infinite ricerche sulla psicoterapia, è che tra diverse narrazioni la più efficace sia quella che corrisponde a una qualche forma di "realtà" o di costruito "vero" sottostante; uno strumento attraverso il quale lo psicoterapeuta cerca di produrre un cambiamento, ovvero un modello utile per attualizzare i ricordi e trasformarne i destini (Piro, 1992).

Secondo la corrente cosiddetta ermeneutica, che è una corrente influente in psicoterapia, le narrazioni che emergono in seduta non hanno e non possono avere alcuna pretesa di verità, cioè di corrispondenza con qualcosa di realmente accaduto o di "vero" all'interno o all'esterno del paziente o precedente all'incontro col terapeuta (cioè nella realtà "extraclinica"), ma sono delle invenzioni, delle nuove storie, se vogliamo dei veri e propri "romanzi".

Donald P. Spence (1987), in *Verità narrative e verità storica* sostiene che le narrative sarebbero delle "costruzioni", e non delle "ricostruzioni" di qualcosa che c'era già prima. Queste narrazioni, nelle migliori delle ipotesi, possono facilitare il cambiamento di quel singolo paziente, ma non sono generalizzabili ad altri casi e non portano alla costruzione di leggi generali¹.

La medicina narrativa

Quanto detto fin qui disegna una cornice tanto esplicita da costituire una buona introduzione all'attuale riscoperta della Medicina Narrativa. In medicina, questo approccio specifico si concentra sul ruolo relazionale e terapeutico del racconto dell'esperienza di malattia da parte del paziente e nella condivisione dell'esperienza con il medico che lo cura, attraverso la narrazione. Il suo valore è duplice: certamente da un lato, l'elaborazione del racconto e la comunicazione della propria esperienza attraverso un testo strutturato permette al paziente di riflettere sulla propria condizione e intravederne un senso che gli permetta di accettarla più facilmente e viverla in una prospettiva meno negativa; dall'altro, la narrazione contribuisce a migliorare il rapporto curante-curato, a costruire un canale comunicativo privilegiato che aiuta la relazione terapeutica, ed a restituire al malato la propria dignità di persona che va "accolta" e "ascoltata", non soltanto esaminata dal punto di vista clinico.

Perché lo studio delle narrazioni? Nell'incontro diagnostico, la descrizione è la forma fenomenica attraverso cui il paziente sperimenta la salute, incoraggia l'empatia

¹ Già Freud con il concetto di *Nachträglichkeit* (termine tradotto in italiano, e anche in francese da Laplanche e Pontalis [1967], con "posteriorità" (mentre (???) nome) Strachey nella traduzione inglese della Standard Edition ne travisò il significato chiamandola "deferred action", cioè "azione differita") disse esattamente la stessa cosa. L'importante concetto di *Nachträglichkeit* si riferisce alla "attribuzione retrospettiva" di significato nel senso del guardare indietro a posteriori come momento di riorganizzazione dei significati personali

e promuove la comprensione tra il medico e il paziente. Secondo Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz questo approccio permette la costruzione degli indizi e delle categorie analitiche utili al processo terapeutico e suggerisce l'uso di un metodo olistico. Nella ricerca, la medicina narrativa aiuta a mettere a punto un'agenda centrata sui pazienti e a generare nuove ipotesi. Ascoltare una storia di malattia non è solo un atto terapeutico, ma è dare dignità a quella voce e onorarla. Infatti, tale approccio medico si focalizza sul ruolo terapeutico ed empatico che connota specificamente la relazione medico-paziente e costituisce, di per sé, un valido fattore specifico di cura. La relazione terapeutica si esplica attraverso la narrazione, e, quell'agito relazionale del racconto dell'esperienza di malattia, favorisce la personalizzazione del progetto di cura, migliora l'adesione alle terapie, motiva il curato alla relazione terapeutica e favorisce l'outcome in termini di guarigione o di *recovery*. La persona è al centro della analisi clinica e tutta la medicina, oggi, persegue l'obiettivo di promuovere una prassi personalizzata. Infatti, ben al di là dei futuri traguardi tecnologici, il bisogno di individualizzare l'approccio ed il programma terapeutico muove dalla crescente esigenza di riscoprire il metodo narrativo e l'approccio olistico ed umanistico alla salute dell'uomo. Le scienze della vita reclamano a gran voce tale specifica metodologia sia nella ricerca che nella cura.

Narrazione e senso di sé

Riportiamo, così, il discorso sull'orizzonte del senso che esprimono i bisogni di cura psicologici e, soprattutto, sull'orizzonte dell'universo di riferimento teoretico che indirizza la relazione di aiuto verso il benessere, e la salute dell'uomo.

Il senso di sé deriva dall'atto rappresentativo di raccontare. Secondo Jerome Bruner (2004 a, b), l'espressione narrativa è un prodotto del sé – la narrazione e il sé sono inestricabilmente connessi. Abbiamo visto quanto sia stato affermato da Edelson che tale approccio è in sinergia e coerenza con l'approccio evidence based, senza rappresentare una alternativa tra esperienza ed evidenza. Infatti, l'approccio narrativo dona una cornice di senso ed una chiave ermeneutica ai dati degli studi scientifici ed al sapere clinico basato su quei dati. Inoltre, tale sentiero del percorso di cura favorisce, altresì, la umanizzazione della relazione clinica ed il valore aggiunto ai fattori specifici di terapia.

Non da meno, la cornice esistenziale entro cui poter mantenere una relazione di aiuto ai tanti interrogativi che alimentano il disagio umano, la sofferenza epocale di una specie, la critica correlazione tra soggettività e contesto di vita, il difficile rapporto tra l'Io e l'ambiente, oggi, spinge lo scenario fin qui delineato a donare sostanza e specificità al counseling filosofico. Fatta salva la specificità psicologica del lessico ed il ruolo evolutivo della parola usata, tutti i counseling condividono una estesa serie di regole e di principi basilari in grado di connotare ed articolare le diverse sofferenze che motivano le richieste di aiuto, indirizzando le stesse verso

setting più specifici, quando necessario. Il fragile confine tra esistenza, sofferenza e danno, riflette l'altrettanto incerto limico che argina le psicologie dalle psicopatologie. Ciononostante, l'etica della relazione d'aiuto, di per sé, da forza e potere di governo di tali sfumati confini, sempre nell'interesse e nella centralità delle persone che quell'aiuto hanno avuto il coraggio di esprimere. Quella stessa etica viene evocata relativamente alla opportunità di porre in essere l'attenzione sull'area della intersoggettività alimentata costantemente dalla consapevolezza che trattasi di una relazione tra un esperto di filosofia ed una persona portatrice di domande che è legittimo porre al pensiero filosofico mantenendo la parola che assolve alla richiesta d'aiuto nell'alveo degli aspetti soggettivi esistenziali. Per questo, il counseling filosofico orienta la relazione d'aiuto verso il suo baricentro: la speculazione filosofica. Un dialogo privato che poggia sulla prospettiva culturale quale strumento di accelerazione e di trasformazione personale, spostando l'orizzonte al di là di ogni soggettiva sofferenza. Il dialogo filosofico si fa concreto e finalizza il suo discorso. L'incontro, in quanto relazione d'aiuto, comunque, persegue l'obiettivo della consapevolezza all'interno di un perimetro speculativo e di una prospettiva filosofica. Esso dialogo, richiede, perciò, una consapevolezza valida del counselor filosofico.

Questa consapevolezza e competenza implica un lavoro psicologico sul sé che deve appartenere alla formazione del counselor. Egli deve possedere una padronanza degli orientamenti teorici delle psicologie applicative affinché il suo bagaglio di esperienza possa dominare le aree di confine delle proprie competenze.

Ma allora serve un forte riferimento alle psicologie ed alle psicoterapie, pur non essendo una relazione terapeutica? Sì, nel counseling filosofico resta prioritaria la esigenza di risolvere il problema di colui che si rivolge alla consulenza in quanto portatore di una esigenza o di una sofferenza personale, anche se non clinicamente significativa.

Il counselor, così, diviene un catalizzatore dei processi e dei flussi di pensiero, orienta il dubbio verso un fine comprensivo condivide lo scopo. L'orientamento sintetico dello scopo comune accomuna il dialogo privato della consulenza filosofica all'orizzonte epistemologico e metodologico dell'agire terapeuticamente con le parole, anche nei setting particolari delle psicoterapie (Piro, 2005).

Gli approfondimenti tematici e le immersioni nella mera speculazione filosofica pongono le basi di una evoluzione culturale del pensiero comune e della sinergia tra i cervelli che alimenta la trasformazione ed il superamento delle singole sofferenze. Il counseling filosofico, così, implica la consulenza filosofica e la include in un sistema più ampio evolutivo e trasformazionale. Non è vero il contrario.

Come ogni relazione d'aiuto, il presupposto fondativo e valoriale è dato dalla capacità di valorizzare le competenze ed i talenti dell'altro, Non si espone qui una rappresentazione di una mera azione di supporto, bensì, quel processo che riconosce le potenzialità dell'individuo e le loro parti inesprese e le proietta in un sistema metacognitivo superiore intriso di comprensione, consapevolezza e cultura. In una prospettiva socratica e maieutica, il counselor filosofico aiuta l'altro valorizzando le

sue risorse sopite e potenziando le proprie motivazioni alla comprensione e superamento dei problemi esistenziali.

L'overlap tra competenze del counseling filosofico ed ambiti della psicologia applicata va considerato alla luce di alcune criticità: innanzitutto è fondamentale superare le latenti o esplicite ostilità tra le due aree disciplinari, laddove gli attraversamenti tematici ed applicativi delle due aree arricchiscono entrambe le discipline.

La specificità delle psicologie applicate sta proprio nell'uso tecnico di strumenti di intervento sulla prevenzione, sulla cura e sulla abilitazione di aspetti di funzionamento personali. Un diverso uso della parola, in una cornice tecnica diversa, ma con confini sfumati e molto dinamici che vede da un lato le conoscenze dei processi mentali e dall'altro la valorizzazione degli universi conoscitivi delle filosofie dell'uomo.

Il counseling filosofico, infatti non fa uso di strumenti psicologici di assessment, né compone competenze di tipo diagnostico, mentre guarda, invece, ad aspetti critici delle esistenze normali. Appare, così, un caleidoscopio teso alla declinazione analitica delle normalità, ed alla visione sintetica del senso dell' "essere al mondo". Forse potremmo definirlo, attraverso la specificità della sua aspecificità, come quell'universo di pensiero che anticipa e precede le psicologie dell'uomo, sviluppando in particolare modo, l'analisi filosofica sull'asse maieutico, dialettico fenomenologico ed ermeneutico.

In quanto relazione d'aiuto, accompagna l'individuo in un percorso di ricerca interiore di per sé stessa, la ricerca, presupposto secondario di superamento di dinamiche personali, senza alcun riferimento ad orizzonti teorici o pratici di natura psicologica, né mai assimilabile ad un intervento di psicoterapia. L'esistenza dei singoli, l'abito mentale che le caratterizza, la visione del mondo e le Weltanschauung restano confinati all'interno dei concetti propri della fenomenologia esistenziale.

Conclusioni

Come concludere queste brevi riflessioni? Certamente senza ripetere quanto appena descritto e soprattutto senza inutili enfasi retoriche. Il counseling filosofico resta e resterà, sempre più, un indispensabile intervento di aiuto che traccia nella epoca contemporanea l'idea forte che cultura significa cambiamento e crescita personale. Non c'è trasformazione antropologica senza cultura, consapevolezza e competenza. L'Intervento di aiuto consta nella grande responsabilità

Di orientare i problemi esistenziali del singolo in un universo collettivo, epocale continuo, finalizzando la risoluzione di tali problemi esistenziali attraverso l'utilizzo di metodologie di pensiero e di speculazioni epistemologiche che radicano le proprie analisi nel ragionamento filosofico. Laddove la persona non riuscirà a riscoprire se stessa lungo questi sentieri si sottrarrà naturalmente a tale setting. In continuità con la maieutica socratica l'azione di orientamento filosofico potrà stimolare le potenzialità ed i talenti soggettivi del singolo facilitando l'auto-dissolvimento dei problemi di

una sofferenza angusta, in una prospettiva luminosa dei saperi. Laddove ciò riesca a determinare un processo reale e soddisfacente per il prevalere di una valenza psicopatologica clinicamente significativa, i passi successivi, in direzione di una relazione terapeutica clinica rappresenteranno la naturale evoluzione delle capacità critiche di quella stessa relazione d'aiuto. Ed allora potrebbe porsi la domanda: perché scegliere inizialmente la consulenza filosofica? Naturale la risposta: poiché cultura e sapere rappresentano sempre ed in ogni caso il reale fattore di crescita personale, la base sostanziale di quella relazione di aiuto resterà sempre una risorsa in grado di favorire l'evoluzione del singolo, anche quando articolata in una diversa relazione terapeutica o in un diverso approccio clinico. Ella è pur sempre un esercizio del pensiero che riflette sul pensare che alimenta le risorse ed i talenti personali, al di là di ogni possibile limitazione o danno personale. Un atto di amore che insegna la strada del benessere soggettivo e collettivo.

Bibliografia generale

- Achenbach G., *La consulenza filosofica. La filosofia come opportunità per la vita*, Apogeo, Milano 2004; tit. originale *Philosophische Praxis*, Dinter Verlag, Köln 1987. Achenbach, G. B. (1984). *Philosophische Praxis*. Vorträge und Aufsätze. Colonia: Dinter.
- Agamben, G., (1995). *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Torino: Einaudi.
- Amselle, J., L., (1999). *Logiche meticcie. Antropologia dell'identità in Africa e altrove*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Angus, L. E., Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. Washington: American Psychological Association.
- Apolito, P., (1993). *Il tramonto del totem. Osservazioni per una etnografia delle feste*, Milano: Franco Angeli.
- Augé, M. (1986). L'anthropologie de la maladie. *Revue française d'anthropologie*, 97-98, vol XXVI (1 – 2), pp. 179 – 204.
- Augé, M., (1983). Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento (pp.)33 – 85), in Augé, M., Herzlich, C. (a cura di) (1986). *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore.
- Augé, M., Herzlich, C. (a cura di) (1986). *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore.
- Balint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17(82), 269-276.
- Bartoli, P., Falteri, P. (1983). Il corpo conteso. Medicina “ufficiale” e medicina “popolare” a Magione. *La Ricerca Folklorica*, 8(8), 57-66.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind* (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 2008).
- Beneduce, R. (a cura di) (1997). *Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali*. Torino: L'Harmattan Italia.
- Brancaleone, F. (2004). *Existential. Rassegna storico-critica di Antropologia Clinica ad indirizzo esistenziale*. Napoli: OFB-Editing.
- Broyard, A. (1998). Doctor, talk to me. (trad. it. Il paziente visita il dottore, in *La morte asciutta*, BUR Rizzoli 2008, pp. 82-87).
- Bruner, J. (2004a). Life as narrative. *Social research: An international quarterly*, 71(3), 691-710.
- Bruner, J. (2004b). The narrative creation of self. *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*, 3-14.
- Bruner, J. (2002). La fabbrica delle storie [The factory of the stories]. Roma: Laterza.
- Candiottio, L., Tarca, L. V. (a cura di) (2014). *Comunicare in medicina. L'arte della relazione*. Milano-Udine: Mimesis.
- Cardamone, G., Schirripa, P. (1997). Retorica della terapia, corpo e narrazione della malattia. La terapeutica carismatica nel Meridione d'Italia. Saperi, linguaggi e tecniche nei sistemi di cura tradizionali. Torino: L'Harmattan Italia, (pp. 157-182).

- Carpenter, S. M., & Niedenthal, P. M. (2018). Emotional processes in risky and multiattribute health decisions. *Psychology & health, 33*(1): 58-76.
- Charles C. et al. (2006). Cultural influences on the physician-patient encounter: the case of shared treatment decision-making. *Patient Education and Counseling, 63*: 262-267
- Charles C. et al. (1997). Shared decision making in medical encounter: what does it means? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine, 44*: 681-692.
- Charon, R. (2002). Patients' Stories as Narrative—Reply. *JAMA 2002; 287*(4): 447-448.
- Charon, R., (2001). Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA 2001; 286*(15):1897-1902
- Cima, R., Moreni, L., Soldati, M.G., (2010). *Dentro le storie. Educazione e cura con le storie di vita*. Milano: FrancoAngeli.
- Cozzi, D., (1996). Narrazioni corporee. Le donne, il corpo, la depressione: una ricerca in Carnia (Friuli, Italia). *A.M. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, n. 1 – 2*: 215 – 44.
- Csordas, T., J., (2002). Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos. Journal of the Society for Psychological Anthropology”, vol. 18, n. 1*: 5 – 47.
- Csordas, T., J., Kleinman, A., (1998). Il processo terapeutico, in Lanternari, Ciminelli, *Medicina, magia, religione, valori, vol. II, Dall'antropologia all'etnopsichiatria* (pp. 109 – 112). Napoli: Liguori.
- D'Agostino, G., Vibaek, J. (a cura di), (1989). *Il dolore. Pratiche e segni, numero monografico, Quaderni del Circolo Semiologico Siciliano*: 32 – 33.
- Damasio, A. R., (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness* (trad. it. *Emozione e Coscienza*, Milano: Adelphi Editore, 2000).
- Dei, F., (1996). Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità. *I Fogli di Orris,, 5*: 29 – 55.
- Dégh, L., Vazsonyi A., (1981). La parola 'cane' morde? Dall'azione alla leggenda, dalla leggenda all'azione, in Bianco, Carla e Del Ninno, Maurizio (a cura di), *Festa. Antropologia e semiotica* (pp. 68 – 71). Firenze: Nuova Guaraldi.
- Del Vecchio, Good, M., J., (1996). L'abbraccio biotecnico: un invito al trattamento sperimentale, in P. Donghi (a cura di), 1996, *Il sapere della guarigione* (pp. 25 – 62). Roma – Bari: Laterza.
- Deledda, G., Mosconi, P., Renzi, C., Goss, C. (2012). Il coinvolgimento del paziente nel processo clinico decisionale. *Recenti Progressi in Medicina, 103*(10): 384-390.
- Delle Fave, A., & Bassi, M. (2007). *Psicologia e salute. Esperienze e risorse dei protagonisti della cura*. Torino: UTET, 2013.
- De Martino, E., (1978). *Sud e magia*, Milano: Feltrinelli.
- Di Benedetto, V., (1986). *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*. Torino: Einaudi
- Dimaggio, G. (2011). Impoverished self-narrative and impaired self-reflection s targets for the psychotherapy of personality disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 41*: 165-174.
- Di Nola, A., M., (1972). Malattia e guarigione, in *Enciclopedia delle Religioni, vol. 4* (coll. 2-15). Firenze: Vallecchi.
- Doyal, L. (1979). *The political economy of health*, London: Pluto Press.
- Douglas, M., (1994). Come si costruisce un medico: un approccio culturale alle mode in medicin, in M. Douglas, *Credere e pensare*, (pp. 179 – 205). Bologna: Il Mulino.

- Duben, B., (1996). *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Dy, S. e Purnell, T. (2012). Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: a literature review, *Soc Sci Med*, 74: 582-587
- Elwyn G. et al. (1999). Is a "shared decision" feasible in a consultation for a viral upper respiratory tract infection: assessing the influence of patient expectations for antibiotic using discourse analysis, *Health Expect*, 2: 105-117
- Elwyn, G. et al. (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centred care, *Ann Fam Med*, 12 (3): 270-275.
- Engels, F., Marx, K. (1848). Manifest der Kommunistischen Partei, in K. MARX – F. ENGELS, *Werke*, Vol. 4, Berlin, Dietz Verlag, 1977, p. 465 (trad. it.: *Manifesto del partito comunista*, a cura di D. Losurdo, Roma-Bari: Laterza, 2005).
- Engels, F. (1845). Die Lage der arbeitenden Klasse in England, in K. Marx, F. Engels, *Werke*, Vol. 2, Berlin, Dietz Verlag, 1962; (trad. it.: *La situazione della classe operaia in Inghilterra*, a cura di R. Panzieri, Roma: Editori Riuniti, 1978).
- Epitteto. Manuale di Epitteto. A cura di Pierre Hadot. Trad. it. di Angelica Taglia. Torino: Einaudi, 2013.
- Esposito, V., (2005). *Dal Cilento verso Capri. Feste mediterranee della provincia di Salerno*, Ischia: Imagaenaria Edizioni.
- Ferrer, R. A., e Mendes, W. B. (2018). Emotion, health decision making, and health behavior, *Psychology & Health*, 33: 1–16.
- Fittozzi, E. (1974). *La Logoterapia di Frankl. Un antidoto alla disumanizzazione psicanalitica*. Milano: Rizzoli.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attachment and reflective function* (trad. it. *Attaccamento e Funzione Riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina).
- Fontanesi S., Goss C., Rimondini M. (2007). Come coinvolgere il paziente nelle decisioni che riguardano la salute, Strategie comunicative. *Recenti Progressi in Medicina*, 98: 611-18.
- Frankl, V. (1946). *Arztliche Seelsorge* (tr. it. *Logoterapia e analisi esistenziale*, Brescia: Morcelliana, 1953).
- Freud, S. (1915), Zeitgemässes über Krieg und Tod (trad. it. di C. Musatti, Considerazioni attuali sulla guerra e la morte, in *Opere di Sigmund Freud*, Torino: Bollati Boringhieri 1967-80, vol. VIII).
- Gadamer, H., G., (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Good, B., J., (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino: Einaudi, 2006.
- Giarelli G., Good B. J., Del Vecchio Good, M.-J., Martini M., Ruozi C. (a cura di), (2005). *Storie di cura: medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Milano: Franco Angeli, Milano.
- Galimberti, U. (1999). *Psiche e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Milano: Feltrinelli.
- Giarelli, G., Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina*, Milano: FrancoAngeli.
- Gionfriddo, M. et al. (2014). A systematic review of shared decision making interventions in chronic conditions: a review protocol, *Systematic Reviews*, 3: 38.

- Goss, C. et al. (2007). Shared decision making: the reliability of the OPTION scale in Italy, *Patient Education and Counseling*, 66: 296-302.
- Grassi L, Morasso G. (2011). Società Italiana di Psico-Oncologia. Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica. Seconda edizione. *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 13: 61-108.
- Hardey, M. (2001) 'E-health': the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge, *Information, Communication & Society*, 4:3, 388-405
- Heidegger M. (1927), *Sein und Zeit*, (trad. it. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi, 2009).
- Herzfeld, M., (2003). *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, Napoli: L'ancora del mediterraneo.
- Jaeggi, R. (2005). *Alienazione. Attualità di un problema filosofico e sociale* (tr. it. a cura di A. Romoli e G. Fazio, Roma: Castelvecchi, 2017).
- Jaspers K. (1938). *Existenzphilosophie* (tr. it. *La filosofia dell'esistenza*, Roma-Bari: Laterza, 2006).
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie* (tr. it. *Psicopatologia generale*, Roma: Il pensiero scientifico, 1964).
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B., J., (1989). Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche della ricerca antropologica e transculturale, *Sanità, Scienza e Storia n. I*: 3 – 26.
- Kuehn, B. M. (2012). Patient-centered care model demands better physician-patient communication. *JAMA*, 307(5): 441-442.
- Gonçalves, M. M., Stiles, W. B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research* 21, 1-3.
- Lahav, R. (2004). *Comprendere la vita*. Milano: Apogeo.
- Lamiani G, Meyer EC, Rider EA, et al (2008). Assumptions and blind spots in patient-centredness: action research between *American and Italian health care professionals*. *Med Educ*, 42: 712-20.
- Lanternari, V. (a cura di), (1994). *Medicina, magia, religione, valori*, vol. I. Napoli: Liguori.
- Lanternari V, Ciminelli, M., L. (a cura di), (1998). *Medicina, magia, religione, valori*, vol. II, *Dall'antropologia all'etnopsichiatria*. Napoli: Liguori.
- Laplantine, F., (1988). *Antropologia della malattia*, Firenze: Sansoni.
- Lee E., Emanuel E. (2013). Shared decision making to improve care and reduce costs, *New England Journal of Medicine*, 368: 1.
- Lehman R. (2017). Sharing as the Future of Medicine, *JAMA Intern Med.*, 177(9):1237–1238.
- Le Breton, D. (2007). *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi.
- Lupo, A. (1999). Capire è un po' guarire: il rapporto medico-terapeuta tra dialogo e azione, *AM. Rivista della società italiana di antropologia medica*, n. 7-8: 53-92.
- Màdera, R., Tarca, L. V. (2003). *La filosofia come stile di vita. Introduzione alle pratiche filosofiche*. Milano: Bruno Mondadori.
- Malvi, C. (2011). *La realtà al congiuntivo. Storie di malattia narrate dai protagonisti*. Milano: Franco Angeli.
- Mauss, M. (1965). Le tecniche del corpo, in M. Mauss, *Teoria generale della magia e altri saggi*, (pp. 389 – 409). Torino: Einaudi.

- Mast, M. S., Hall, J. A., Klöckner, C., Choi, E. (2008). Physician gender affects how physician nonverbal behavior is related to patient satisfaction. *Medical care*: 1212-1218.
- Mazur D. (2001). What level of understanding do patients want in shared decision making?, in *Shared decision making in the patient-physician relationship* (pp. 185-190). Tampa, Florida: American College of Physician Executives.
- Merleau-Ponty, M., (2003). *Fenomenologia della percezione*, Milano: Il Saggiatore.
- Migone, P. (1998). Riflessioni sulla situazione terapeutica. *Il Ruolo Terapeutico*, 77: 63-69.
- Northoff, G., Stanghellini, G. (2016). How to link brain and experience? Spatiotemporal psychopathology of the lived body. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 172.
- Pelotti S.(2011). Dal consenso informato alla scelta informata attraverso il processo decisionale condiviso, in Franzoni (a cura di). *La responsabilità nei servizi sanitari*, Torino: Ed. Zanichelli.
- Pieper J. (1971), *Was heisst philosophieren?* (tr. it., *Che cosa significa filosofare?*, Bologna: Edizioni Scolastiche Patron).
- Piro, S. (2005). *Trattato della ricerca diadromico-trasformativa*. Napoli: La Città del Sole.
- Piro, S. (1997). *Introduzione alle antropologie trasformazionali*. Napoli: Città del Sole.
- Piro, S. (1992). *Parole di follia. Storie di persone e linguaggi alla ricerca del senso e del significato*. Milano: FrancoAngeli.
- Pizza, G., (1997). Corpi e antropologia; l'irriducibile naturalezza della cultura. *Aperture. Punti di vista a tema*, n.3: 45-52.
- Pizza, G., (2010). *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carocci.
- Quaranta, I. (1999). Costruzione e negoziazione sociale di una sindrome. Un'indagine antropologica intorno alla Chronic fatigue syndrome (CFS) nel Regno Unito. *AM. Rivista della Società italiana antropologia medica*, n. 7-8: 129-72
- Quaranta, I. (a cura di), (2006). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Cortina.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, G. (2019). *Specchi nel cervello*. Milano: Raffaello Cortina. 2019.
- Salucci, A. (2020). Dalla cura della malattia alla cura della sanità. Vocazione medica e vocazione filosofica nella situazione attuale, Intervista al filosofo Professor Luigi Vero Tarca. Salerno Medica.
- Sandman L., Munthe C. (2010), Shared decision making, paternalism and patient choice, *Health Care Anal*, 18:60
- Sandman L., Munthe C. (2009). Shared decision-making and patient autonomy, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30: 289-310
- Scheper-Hughes, N., (2000). Il sapere incorporato. Pensare con il corpo attraverso un'antropologia medica critica, in Borofsky, R. (a cura), *L'antropologia culturale oggi*, trad. it., Meltemi, Roma, pp. 281-292.
- Schirripa, P., Vulpiani, P. (a cura di), (2000). L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe, Fondazione Angelo Celli per un Cultura della Salute, Biblioteca di Antropologia Medica I, Collana diretta da Tullio Seppilli, Argo, Lecce.
- Seppilli, T., (1983). La medicina popolare in Italia: avvio ad un a nuova fase della ricerca e del dibattito, *La Ricerca Folklorica*, n. 8.

- Seppilli, T., (2000). Proiezione e credenza. Nuove riflessioni sull'efficacia simbolica (pp. 75-85), in Seppilli, T. (a cura di), *Antropologia e psicologia. Interazioni complesse e rappresentazioni mentali*, "Etnosistemi. Processi e dinamiche culturali", CISU, Roma.
- Schuster, S. (2006). *La pratica filosofica*. Milano: Apogeo.
- Sestito, M., Raballo, A., Stanghellini, G., & Gallese, V. (2017). Embodying the self: Neurophysiological perspectives on the psychopathology of anomalous bodily experiences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11, 631.
- Severino, E. (1979). *Téchne. Le radici della violenza*. Milano: Rizzoli, 2002.
- Spence, D. P. (1987) - *Verità narrativa e verità storica. Significato e interpretazione in psicoanalisi*. Bagno a Ripoli: Psycho.
- Stamenov, M., Gallese, V. (a cura di). (2002). *Mirror neurons and the evolution of brain and language* (Vol. 42). Philadelphia: John Benjamins Publishing.
- Stewart et al., (2020). *The clinician role in Health Care Delivery and Innovation*. NEJM Catalyst e-book 2020.
- Tan, S. S. L., Goonawardene, N. (2017). Internet health information seeking and the patient-physician relationship: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 19(1), e9.
- Tarca, L. V. (2006). *Quattro variazioni sul tema negativo/positivo. Saggio di composizione filosofica*. Treviso: Ensemble '900.
- Waitzkin, H. (1978). A Marxist view of Medical Care in *Annals of Internal Medicine* N.89: 264-278.
- Whitney S. et al. (2003). A typology of shared decision making, informed consent and simple consent, *Ann. Intern. Med.*, 140: 54-59
- Wieringa T. H., Kunneman, M., Rodriguez-Gutierrez, R., et al.(2017). A systematic review of decision aids that facilitate elements of shared decision-making in chronic illnesses: a review protocol. *Systematic Reviews*. Aug;6(1):155-160.
- Zoborowski, M., Componenti culturali nella risposta al dolore, in G. Maccacaro, A. Martinelli (a cura di), *Sociologia della medicina*, (pp. 108-126). Milano: Feltrinelli.

Sitografia

SIAM-Società italiana di Antropologia medica: <http://www.antropologiamedica.it/about/>

H.Story/Bibliografia sulla Medicina Narrativa: <http://www.hstory.it/bibliografia-sulla-medicina-narrativa/>

Gli autori

Giulio Corrivetti, dirige il Dipartimento di Salute Mentale della ASL Salerno ed è vicepresidente della fondazione EBRIS (European Biomedical Research Institute of Salerno).

Massimo Corsale, filosofo e sociologo, già docente nelle Università di Roma “La Sapienza”, Salerno e Napoli “Suor Orsola Benincasa”, è stato membro del board della sezione di Sociologia clinica dell’International Sociological Association (I.S.A.).

Marcello Della Corte è dirigente medico di chirurgia presso l’A. O. U. “San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” di Salerno. Ha lavorato come medico e ricercatore in prestigiose università del Regno Unito.

Vincenzo Esposito, è professore di Antropologia culturale, interculturale, religiosa e della contemporaneità presso l’Università di Salerno. È responsabile scientifico del laboratorio “Annabella Rossi” del Dispac-Unisa. Consigliere della S.I.A.C.-Società Italiana di Antropologia culturale.

Ludovica Gaudino, laureata in Filosofia, counselor filosofico. Attualmente è borsista dell’A.O.U. San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona di Salerno e collabora con l’U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. S. Maria dell’Olmo di Cava de’ Tirreni, dove si occupa di Umanizzazione delle cure e progetti di medicina narrativa.

Anna Gorrese, ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze del Patrimonio Culturale dell’Università di Salerno, insegna Psicologia cognitiva e Psicologia del pensiero e delle emozioni.

Stefano Pepe, professore di Oncologia presso il Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria “Scuola Medica Salernitana” dell’Università di Salerno e direttore dell’Unità Operativa Complessa della A.O.U “San Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona” di Salerno.

Alfredo Salucci, medico specialista in Endocrinologia e Farmacologia e laureato in Filosofia, già Dirigente Medico presso l’Ospedale di Nocera Inferiore. Scrittore e giornalista pubblicista.

Luigi Vero Tarca, professore Onorario di Filosofia teoretica presso l’Università “Ca’ Foscari” di Venezia, dove, in precedenza, è stato Professore ordinario, Presidente

del Corso di Laurea in Filosofia, Delegato alla ricerca scientifica del Dipartimento di Filosofia e Beni culturali e Direttore (poi Emerito) del CESTUDIR (Centro Studi sui Diritti Umani). È autore di numerosi libri e saggi su riviste specializzate. Ha fondato la sezione trevigiana della S.F.I. (Società Filosofica Italiana) e, insieme a Romano Màdera, la Scuola superiore di pratiche filosofiche “Philo”. È membro del Consiglio Direttivo dell’ASES (Associazione di Studi Emanuele Severino).