

# DIRITTO E MEDICINA

*Un'ipotesi di dialogo tra le scienze*

*a cura di*

**Roberta Lombardi e Fabrizia Santini**

*con il coordinamento organizzativo di*

**Stefano Rossa**



**G. Giappichelli Editore**

Parte I  
RESPONSABILITÀ MEDICA,  
MEDICINA DIFENSIVA, MEDICINA NARRATIVA.  
DIALOGO TRA LE SCIENZE



# MEDICINA D'URGENZA, CURA DEL PAZIENTE E DIALOGO TRA LE SCIENZE

*Giancarlo Avanzi*

Oggi è una giornata rilevante perché rappresenta un primo momento di incontro tra scienze che sembrano essere molto lontane ma che auspicabilmente si devono avvicinare per la contingenza di un problema considerevole, quello del contenzioso giudiziario a carico dei medici, che tutti noi, clinici, conosciamo molto bene. Sono quindi molto contento di essere qui, soprattutto per imparare e sicuramente interverrò sul tema perché mi sento, in qualche modo, competente ma anche toccato nel vivo, perché dirigo un reparto di medicina d'urgenza e quindi conosco le problematiche piuttosto da vicino, anche come vittima.

Avendo il compito di introdurre e presiedere, mi corre l'obbligo di fornire qualche linea di indirizzo dello svolgimento e del contenuto dei lavori.

La prima parte dovrebbe lasciare un po' in penombra il tema della responsabilità medica dal punto di vista della giurisprudenza, che verrà affrontato nella seconda parte, e dovrà essere dedicata, sempre sullo stesso argomento, al confronto tra scienze, inteso come confronto tra diverse discipline che si affacciano al tema della cura del paziente.

Permettetemi di divagare per un attimo dal tema centrale per dirvi che il confronto tra le discipline scientifiche dovrebbe preludere anche a un approccio diverso da quello a cui siamo comunemente abituati, sul quale convergono le idee per il piano strategico dei prossimi sei anni del nostro Ateneo. Uno sforzo nel combinare le conoscenze e nel far dialogare i ricercatori, nel cercare di mettere insieme idee provenienti da esperienze e da competenze molto differenti, anche molto lontane, per trovare soluzioni a problemi generali, ma anche finalizzato ad inventare nuovi percorsi di ricerca o di didattica. Il nostro Ateneo sarà attento a temi contemporanei, sociali, come quello odierno, cioè il tema della medicina difensiva.

La Medicina difensiva è una realtà non solo italiana, è una difficoltà dei Paesi occidentali e, in particolare, dei Paesi anglosassoni come gli Stati Uniti, nei quali la sanità non è pubblica ma è soprattutto privata, e nei quali è presente una forte propensione alla richiesta di risarcimento per danni alla salute. I medici

americani spendono cifre astronomiche per assicurarsi. Nella nostra cultura e nella nostra esperienza, manca l'abitudine a questo tipo di logiche. Solamente negli ultimi dieci-quindici anni, si è affacciata la necessità di dover, noi stessi medici, procurarci assicurazioni personali, poiché il sistema statale non riesce più a reggere la mole di richieste di risarcimento e perché il sistema ha un ventre molle: quello delle amministrazioni pubbliche che non sono attrezzate a rispondere con energia ad una marea montante di richieste di risarcimento, spesso capziose ed eccessive.

A fronte di un crescente numero di contenziosi e richieste di risarcimento, in passato è stato dato il via libera, negli ospedali pubblici, a una quantità ingente di transazioni che hanno generato un volano di ulteriori richieste di rimborso. In ciò si è inserita poi una struttura legislativa che ha cercato di arginare il fenomeno con un tentativo in due tempi. Nonostante questo, molti problemi sono ancora irrisolti: gli illustrissimi Giuristi che parleranno successivamente ci potranno dire quanto questi tentativi abbiano avuto successo. Abbiamo la presenza dell'ex Ministro della Salute il quale ha scritto il famoso "decreto Balduzzi", che conteneva norme finalizzate proprio a limitare, o perlomeno lenire, il rischio di una eccessiva responsabilità del medico.

In questa breve introduzione vi voglio portare il punto di vista del Medico, oltre a quello del Professore universitario. Sono medico impegnato nell'attività di "front office" dell'Ospedale, cioè il Pronto Soccorso, struttura che è inserita nell'ambito della Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

Questa struttura, nell'organizzazione moderna degli ospedali, ha una duplice valenza: accogliimento e cura dei pazienti in emergenza ed urgenza, accettazione degli stessi ed eventuale ricovero nei reparti specialistici qualora si rendesse necessario. Non voglio qui fare l'*excursus* storico della medicina d'urgenza dalla sua nascita negli anni '90, ma sottolineo solamente la grande evoluzione di questa disciplina che, attualmente, prevede una distinta specializzazione dell'area medica, appunto medicina d'emergenza-urgenza.

Nelle nostre strutture di Pronto Soccorso si è osservato, negli anni, un drammatico mutamento dei paradigmi dell'approccio dell'utente-paziente alla medicina. Per decenni la professione medica è stata vista come una missione e il medico era considerato una figura di rilievo, nell'ambito sociale, a cui veniva ampiamente riconosciuta autorevolezza morale, oltre che tecnica. Il Pronto Soccorso veniva utilizzato come punto di riferimento delle vere emergenze-urgenze, veniva quindi consultato di rado e a ragion veduta. Successivamente, l'immagine del medico, talvolta idolatrata, ha subito un certo degrado, dovuto anche a una serie di ragioni che dipendevano dai medici stessi (scandali nella sanità, scarsa correttezza nei rapporti con i pazienti, poca chiarezza nei rapporti col mondo delle industrie del farmaco). Più recentemente la figura del medico si è opacizzata, in generale, e trasformata, agli occhi dell'utenza, in una sorta di *elargitore di servizi*

*sanitari di alta tecnologia*. L'aspetto peggiore è che è venuto meno il riconoscimento dell'autorevolezza. Viene sempre meno riconosciuta autonomia di pensiero e di giudizio sulle strategie per arrivare alla diagnosi e sulla prescrizione delle cure. Il Pronto Soccorso si è trasformato, per la maggior parte dei casi, in una sorta di supermercato, aperto 24h/die, a cui porre ogni sorta di problema di salute, indipendentemente dall'urgenza, sfruttando la comodità di un servizio sempre aperto.

Vorrei analizzare le ragioni del cambiamento radicale che abbiamo osservato nei rapporti tra medico e paziente, soprattutto in relazione alla mia posizione di direttore di un Pronto Soccorso.

La prima ragione è legata ad una certa divulgazione scientifica medica che mira sempre a stupire e sbalordire lasciando credere che la scienza, o meglio la tecnica, siano in grado di compiere miracoli su qualsiasi patologia, soprattutto quelle inesorabilmente fatali come il cancro o la sclerosi laterale amiotrofica. La cosa altrettanto negativa è che questi falsi miti sono alimentati anche da alcuni medici e da alcuni pseudo-scienziati (si pensi al fenomeno Di Bella), non sempre in buona fede. Una seconda ragione, anche questa paradossale, è legata alla grande disponibilità del "bene sanitario" che è diventato "consumismo sanitario". Il consumismo sanitario è un fenomeno legato sia all'autoreferenzialità degli utenti-pazienti, sempre più diffusa grazie all'accesso a informazioni sulle reti, sia alla propensione al consumo, sia all'ampia disponibilità di materiale di consumo e della pubblicità dello stesso.

Un particolare cenno va fatto alla disponibilità di informazioni, le più disparate, relative al tema salute o malattia, presenti nella rete. Un'attività molto praticata è il fare diagnosi con i propri mezzi interrogando "l'oracolo" Google. Questo è uno sport molto pericoloso, poiché genera almeno tre ordini di problemi: il primo è il ritenere che basti leggere qualcosa su qualche rivista divulgativa sulla salute o consultare qualche sito internet per essere in grado di fare ipotesi diagnostiche realistiche; il secondo, conseguenza del primo problema, è che la suggestione di queste pratiche è tale da indurre ad autoprescrivere o richiedere al medico specifiche indagini diagnostiche; il terzo, il peggiore, è quello di pretenderle.

Se, da una parte, c'è questa tendenza al consumismo sanitario ed alla pretesa sanitaria, dall'altra c'è la scarsa capacità organizzativa degli enti sanitari (Aziende Sanitarie, ma che di azienda hanno solo il nome) non in grado o scarsamente in grado di fronteggiare: a) la corsa al consumo, di cui anche i medici sono vittime e carnefici nello stesso tempo poiché prescrivono troppi farmaci e troppi esami diagnostici, e b) soprattutto il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione e della cronicità che determina pluri-patologie, multipli accessi alle strutture, molti esami diagnostici e molte terapie.

In questa complessità si inserisce un certo grado di malcontento dell'utenza, alimentato dalla stampa che spesso riporta in prima pagina questo o quel caso di

malasanzità, non sempre reale, diffondendo sfiducia e sospetto sull'operato dei medici, soprattutto di quelli che sono al *front-office*, al Pronto Soccorso, malcontento solo in parte giustificato da una reale inefficienza delle strutture sanitarie nell'elargire risposte a tutti i bisogni manifestati.

Tutte queste ragioni fanno sì che sia cresciuto esponenzialmente il contenzioso medico-legale che negli ultimi anni ha raggiunto nel nostro Paese quasi i livelli degli Stati Uniti, ma che trova un apparato pubblico sanitario, nella sua interezza, assolutamente impreparato al fenomeno e quindi non in grado di arginarlo.

A fronte dell'inadeguatezza delle strutture pubbliche ad affrontare il fenomeno dilagante del contenzioso sanitario, i medici si sono arroccati nelle trincee della medicina difensiva, sia quella positiva, con prescrizioni di eccessivi esami e farmaci, sia in quella, peggiore, negativa, per la quale non si prendono decisioni per non incappare in problemi o complicanze sulle quali il paziente potrebbe basare le proprie ragioni per chiedere risarcimenti.

Il fenomeno della medicina difensiva ha, di fatto, determinato un peggioramento dell'efficienza del sistema, contribuendo non solo a rendere più gravoso il lavoro del medico, ma anche a determinare il progressivo incremento della spesa sanitaria.

Come accennato sopra, i problemi posti sul tavolo della discussione, nell'odierna giornata, sono molti, fra i quali il contenzioso sanitario e la medicina difensiva. Da medico vorrei tanto uscire da questo convegno con qualche certezza in più, possibilmente rassicurante, e da professore universitario con qualche problema in meno. Temendo che le mie aspettative siano eccessive mi accontenterei che almeno l'identificazione delle ragioni, delle cause e delle problematiche legate al mutato rapporto medico-paziente siano enunciate ed affrontate.

Buon lavoro a tutti.

## LA MEDICINA, SCIENZA UMANA

*Antonio Maconi*

«In medicina, come in qualunque professione, bisogna vedersela con i sistemi, le risorse, le circostanze, le persone – e anche con i nostri limiti. Primo requisito è la scrupolosità, la necessità di prestare sufficiente attenzione ai dettagli per evitare errori e superare gli ostacoli».

Questa citazione è tratta dal libro di Atul Gawande, chirurgo e autore del libro *Con Cura. Diario di un medico che deciso a fare meglio* pubblicazione nella quale emergono in sintesi tutte le facce delle *Medical Humanities*: cambiare l'immagine stessa della medicina mediante la mobilitazione di tanti e diversi saperi.

E sono numerosi gli aspetti che emergono nel confronto con le *Medical Humanities* ogni giorno: l'etica, la bioetica, il rispetto delle norme – che avviene fin dalla timbratura del cartellino – ma anche il rigore della metodologia, la comunicazione ... sono aspetti che permeano l'attività di ogni medico e di ogni operatore sanitario.

I valori della scrupolosità, della perseveranza, dell'ingegnosità narrati da Gawande, con dovizia di esempi, di storie da lui vissute in prima persona, sono il tentativo di una medicina che va verso la sfida di fare la cosa giusta.

Che racchiude le altre discipline e le utilizza per ascoltare il paziente, ponendolo davvero al centro.

Una professione che per essere compresa fino in fondo deve essere conosciuta fin dalle origini: ecco perché la filosofia della scienza e la storia della medicina dovrebbero essere un patrimonio fondamentale e un bagaglio culturale imprescindibile per ogni operatore, per conoscere come siamo arrivati fino ad oggi e perché.

La medicina è una professione fundamentalmente umana, nella consapevolezza che la malattia non comincia con interazioni genetiche o cellulari, bensì umane.

E perciò stesso è sempre alterata dai difetti umani, difetti quali l'avarizia, l'arroganza, l'insicurezza, l'incomprensione.

Motivo per cui gli aspetti correlati alla relazione e al contatto empatico con il paziente sono fondamentali nella pratica clinica: saper ascoltare per comprendersi a vicenda e condividere le conoscenze sulla malattia.

A maggior ragione questo in una società dove il medico più affermato è il dottor Google: ecco perché la comunicazione e la divulgazione scientifica sono fondamentali in questo panorama e rivestono un ruolo fondamentale nell'*empowerment* del paziente.

Migliorare è una fatica continua. Il mondo è caotico, disorganizzato e fastidioso, e la medicina non fa eccezione. Siamo abituati a pensare alla professione medica come uno sforzo intellettuale solitario.

I medici, con il giuramento di Ippocrate, accettano la responsabilità di fare bene il proprio lavoro: il problema, si pone nella modalità di attuazione.

Il successo dipende da cento piccoli tentativi riusciti: un passo dietro l'altro, nessuna svista, niente cantonate, tutti che s'impegnano al massimo. Ma il successo è un fatto di sistema, talvolta: quanto è cambiato il mondo grazie a Lister alla sua intuizione? E a Jenner? A Vesalio? A Virchow?

Le *Medical Humanities* non vogliono né umanizzare la sanità né rendere i professionisti della sanità più "umani", ma si propongono di ricondurre la pratica della sanità alle sue finalità originarie: essere medicina per l'uomo, consentendo di unire medici e pazienti, attraverso la consapevolezza dell'etica e delle relazioni.

Le radicali trasformazioni dello scenario, dal punto di vista delle innovazioni in campo tecnologico, fino alle più recenti scoperte nel campo della genomica e dell'immunologia, hanno generato anche una profonda trasformazione nell'ambito della medicina.

Da una parte, la *Evidence-Based Medicine* ha consolidato il paradigma di una medicina basata sulle prove di evidenza, tesa a fornire un forte rigore metodologico alla pratica clinica e dunque a dare alla medicina lo statuto epistemologico di scienza esatta.

D'altra parte, è in atto un processo per cui l'azione terapeutica è sempre più concepita come "atto integrato", sia nel senso che in esso intervengono diverse componenti del mondo sanitario, sia perché costituisce il punto di convergenza e il campo di applicazione di cognizioni non solo strettamente mediche, ma anche di carattere psicologico, filosofico, etico.

Ciò rende necessaria una reimpostazione della formazione medica, che tenga conto di queste nuove esigenze. Nella sanità italiana troppo spesso la medicina basata sulle evidenze scientifiche e la medicina basata sulle narrazioni, nell'ambito della quale rientrano le discipline delle *Humanities*, viaggiano su binari paralleli, ma con pochi punti di contatto e di dialogo costruttivo.

Da qui la necessità di avviare ogni sforzo per recuperare il patto tra medico e paziente: ogni paziente ha una sua storia che va oltre i sintomi.

Comunicare umanità è quindi il compito delle *Medical Humanities*: etica, antropologia, sociologia, psicologia, storia della medicina, ma anche economia e giurisprudenza dovrebbero essere estese nei corsi di laurea, nelle scuole di specia-

lizzazione, nei corsi delle professioni sanitarie, anche infermieristiche, accanto alle peculiari discipline biomediche.

Questo per recuperare il senso della medicina intesa come *therapeia*, recuperando il significato etimologico del termine dal greco, del prendersi cura: non solo attuazione concreta dei mezzi e dei metodi per combattere le malattie. Ma anche e soprattutto preoccuparsi della vita nell'uomo: questo significa fare terapia, se si fa *therapeia*.

Ai medici da secoli viene insegnato che devono comportarsi secondo scienza e coscienza.

Forse sarebbe opportuno sottolineare con maggior forza il senso di etica incluso in questo fine: la volontà per cui si sceglie di fare il bene e di evitare il male precede anche la conoscenza del reale che, solo così, potrà essere oggetto di valutazione etica da parte della ragione con l'atto di coscienza.

La medicina non è solo scienza – meno che mai solo tecnologia – ma è visione dell'uomo, modo di conoscere, criteri per agire, metodi per decidere e scegliere, regole comportamentali, conoscenze empiriche, logiche applicate.

Il medico deve quindi saper spiegare, ascoltare, dare sicurezza. Lottando insieme al paziente.

Nelle relazioni le persone si esprimono prima di tutto con il linguaggio generando il dialogo e successivamente, la comprensione reciproca. Seguono la trasmissione delle conoscenze, l'espressione delle scelte e delle esperienze.

Il linguaggio è il primo importante riferimento della relazione e per il clinico oltre alla sintomatologia diventa l'altro oggetto di conoscenza della persona.

Ciò è possibile attraverso la valorizzazione degli aspetti narrativi della medicina, che possono essere ritrovati ogni giorno nella pratica clinica: la temporalità, la singolarità, la causalità, l'intersoggettività, l'eticità.

Le *Medical Humanities* si pongono l'obiettivo di integrare la dimensione tecnica dell'approccio al paziente, con la dimensione relazionale fornita dalle discipline umanistiche: non si tratta di utilizzare un termine generico che si riferisce, in modo ampio, al mondo dell'arte nelle sue diverse manifestazioni, introdotto in ambito sanitario per temperare un tecnicismo eccessivo.

Non siamo di fronte a definizioni scontate, come scrive Tambone, le *Humanities* di cui parliamo hanno la loro radice nella nascita delle prime Facoltà di Letteratura inglese dove, con parole di Steiner, «nei propri metodi filologici e storici il campo dello studio letterario riflette una grande speranza, un grande positivismo, un ideale di essere qualcosa di simile ad una scienza, [...]».

È utile anche chiarire la nozione stessa di umanesimo, intesa come dimensione culturale dell'uomo. È sempre Tambone a individuarne due dimensioni: un umanesimo attivo e un umanesimo passivo. È differente leggere un libro o scriverlo, è differente ascoltare musica o suonarla, così come è differente studiare Clinica medica o curare un paziente.

Quanto detto potrebbe apparire teorico o lontano dalla realtà, per questo motivo le MH sono concepite talvolta come eleganti sperimentazioni didattiche di poco successo.

Hanno invece un altissimo tasso di gradimento le attività di umanesimo attivo perché sono sempre percepite come qualcosa che inerisce veramente alla propria vita e alla propria persona.

È possibile citare alcune esperienze avviate e in corso di realizzazione presso l'Azienda Ospedaliera di Alessandria: dalla rivisitazione degli accessi attraverso un dialogo con gli operatori e le associazioni, le esperienze dei concorsi di medicina narrativa, la valorizzazione del patrimonio artistico con visite guidate ai percorsi gardelliani e la valorizzazione dei patrimoni storici (dai libri antichi, ai vasi di farmacia, ai quadri che sono belle rappresentazioni di iconografie di benefattori e della salute) e ancora il progetto di collaborazione di musicoterapia con il Conservatorio in psichiatria.

Il metodo della ricerca è unico, il metodo della ricerca della verità altrettanto.

Ecco perché non esistono da una parte le scienze della natura e dall'altra le scienze della cultura con un loro specifico metodo differente: anzi, dovrebbe essere sempre più necessario mettere insieme intelletto ed intuizione, conoscendo le differenze e le complementarità che contengono e che li legano.

Numeri e parole, statistiche e storie, biologia e biografia devono dunque trovare punti di contatto e di sinergia.

Le *Humanities* aiuteranno ad avere medici che dovranno ricordare che non è tutto chimica nell'uomo; ad avere medici molto attenti ai particolari, perché tutto ciò che esiste ha un senso ed è reale e descrive il reale forse più di altri elementi maggiormente evidenti.

La buona cura si realizza *in primis* attraverso una relazione efficace con il paziente, fatta di ascolto del suo mondo della vita e dei significati che lo stesso attribuisce agli eventi (malattia, trauma, crisi) che stanno accadendo nella propria esistenza. Questo approccio porta vantaggio agli assistiti ed ai *care-givers* ed ha impatto positivo anche sui professionisti della salute (autoefficacia percepita, qualità delle relazioni, benessere e prevenzione del *burn out*).

Detto tutto questo, è necessario che i futuri medici conoscano la scienza e la tecnica necessaria ma, ancor prima, avremo buoni medici se vorranno lottare per essere buoni, e questa si configura come una scelta assolutamente personale.

Vi è ancora una qualche resistenza ad accettare che le discipline umanistiche mediche possano svolgere un ruolo importante come prestazione centrale e integrata in un *curriculum* di studi universitari.

Ma si tratta dell'esigenza imprescindibile per costruire, attraverso la partecipazione e il coinvolgimento, un legame emozionale e relazionale tra medici e pazienti.

*Riferimenti bibliografici*

- BATES V., *Design for Health*, 2018, vol. 2, n. 1, pp. 5-19, 'Humanizing' healthcare environments: architecture, art and design in modern hospitals.
- BERTOLASO M., *Il cancro come questione*, Franco Angeli, Milano, 2012.
- CHARON R., *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, 2006.
- GAWANDE A., *Con cura. Diario di un medico deciso a fare meglio*, Einaudi, 2008, p. 6.
- Humanities in Medical Education*, Academic Medicine, vol. 85, n. 6/June 2010, Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review, Jakob Ousager, PhD, and Helle Johannessen, PhD.
- MEDIC 2013; 21(1): 25-24, *Medical humanities e formazione del medico*, Vittoradolfo Tambone.
- RUSSO M.T., *Acta philosophica*, vol. 10 (2001), fasc. 1, pp. 111-120, *Filosofia e medicina: il ruolo delle Medical Humanities*.
- SACKETT D.L. et al. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, BMJ 1996;13;312(7023):71-2.
- SCHILLER F.C.S., *Studies in Humanism*, Macmillan, London, 1907:12.
- SPINSANTI S., *Manuale di medical humanities*, a cura di R. Bucci, Zadigroma Editre, Roma, 2006.



# LA MEDICINA NARRATIVA

Patrizia Zeppegno

«Un nome non significa nulla senza la sua storia»

D. PENNAC, *L'occhio del lupo*, Milano, 1984

«Stat rosa pristina nomine, nomina nuda tenemus»

U. ECO, *Il nome della rosa*, Milano, 1980.

Il termine narrazione significa conoscere, rendere noto, far conoscere raccontando; narrazione «è l'atto di comunicare a qualcuno un evento rendendolo partecipe di tale conoscenza»<sup>1</sup>. La narrazione presuppone la presenza e necessità di “qualcosa” da comunicare, e dunque comunicativa è la sua finalità, volta a mettere in comune, tra chi narra e chi ascolta, proprio questo “qualcosa” (ad esempio, un'esperienza).

Antropologicamente si potrebbe considerare la narrazione una necessità quasi “biologica” e di fatto all'origine di ogni società e di ogni cultura esiste un bisogno profondo di narrazione, di raccontare e raccontarsi. Le motivazioni alla base della narrazione possono essere molteplici: volontà di radicamento sociale; inserimento all'interno di una tradizione che, grazie al racconto, può essere ereditata dalle generazioni precedenti e trasmessa a quelle future; desiderio di riconoscimento, in quanto raccontare significa prendere coscienza di sé, dei propri problemi, della realtà circostante; orientamento.

La narrazione si pone in stretto rapporto con la morte: «fino a quando abbiamo qualcosa da raccontare c'è vita: l'unica cosa che non possiamo raccontare è la nostra morte»<sup>2</sup>. L'atto del raccontare assume un significato simbolico che differisce l'idea della morte, e il momento stesso della morte: «Attraverso la narrazione l'Io scopre sé stesso, si comprende, mette a distanza le cose, fa l'espe-

---

<sup>1</sup> F. LEVER, P.C. RIVOLTELLA, A. ZANACCHI, *La comunicazione, dizionario di scienze e tecniche*, Torino 2002.

<sup>2</sup> F. LEVER, P.C. RIVOLTELLA, A. ZANACCHI, *ult. op. cit.*

rienza di sentirsi vivo»<sup>3</sup>. Per essere efficace nella comunicazione di un messaggio, la narrazione deve essere semplice e chi l'ascolta deve possedere le chiavi di lettura necessarie alla sua comprensione: «Il libro non è un ente chiuso alla comunicazione: è una relazione, è un asse di innumerevoli relazioni»<sup>4</sup>. La narrazione accade dunque in un contesto relazionale, di reciproco scambio<sup>5</sup>, dove un rapporto di circolarità unisce il narratore e colui che accoglie il racconto.

In tale contesto relazionale la narrazione è fondamentale perché «le “cose non dette” portano con sé con una sorta di “attrazione magnetica” di “valanga al contrario”, di “buco nero”, una miriade di altre, fino alla morte del racconto e della parola ...»<sup>6</sup>. Questo concetto trova una toccante rappresentazione nel film “La chiave di Sarah” (2012) del regista francese Gilles Paquet-Brenner: «a volte le storie che non riusciamo a raccontare sono proprio le nostre, ma se una storia non viene raccontata diventa qualcos'altro ...»<sup>7</sup>.

Partendo da questa premessa sul significato della narrazione, si può riflettere sulla medicina narrativa e i suoi scopi. In ambito medico, con il termine narrazione si possono intendere aree di significato differenti: dalle più “classiche”, in cui si fa riferimento al senso formale-letterario della narrazione, a quelle attinenti al contesto clinico-assistenziale, per giungere infine alla narrazione/conversazione sui vissuti patologici del paziente.

Il rapporto della medicina narrativa con la medicina “classica” è complesso: la medicina narrativa non intende proporsi come una medicina alternativa o complementare e non pone in discussione il rigore metodologico-scientifico della *Evidence-Based Medicine* (EBM)<sup>8</sup>, di cui riconosce il valore unitamente ad alcuni limiti. La medicina narrativa si pone nel contesto delle tendenze che sottolineano l'importanza di un approccio olistico, della medicina centrata sul paziente e della personalizzazione delle cure. In questo senso, *Evidence Based Medicine* e medicina narrativa si completano, non si elidono né si svalutano reciprocamente.

Negli ultimi anni è stato spesso sottolineata l'importanza del fatto che le *Medical Humanities* e le Scienze Umane (incluse psicologia, antropologia culturale, sociologia, etica e diritto), pur non potendo ovviamente sostituirsi alla medicina “classica”, divengano parte integrante del processo di cura, al fine di com-

<sup>3</sup> F. LEVER, P.C. RIVOLTELLA, A. ZANACCHI, *ult. op. cit.*

<sup>4</sup> J.L. BORGES, *La biblioteca di Babele*, Torino, 1941.

<sup>5</sup> E. TORRE, *Il male nella sofferenza psichica*, Roma,, 2018

<sup>6</sup> E. TORRE, *ult. op. cit.*

<sup>7</sup> *La chiave di Sarah*, regia di Gilles Paquet-Brenner, 2010.

<sup>8</sup> Conferenza di Consenso *Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*, 11-12-13 giugno 2014, in *Quaderni di Medicina* de Il Sole24Ore Sanità (Allegato al n. 7, 24 feb.-2 mar. 2015).

pensare la possibile unilateralità di un approccio alla medicina considerata troppo semplicisticamente come scienza naturale.

Un approccio olistico che integri scienze mediche e scienze umane implica un approccio in cui il paradigma si sposta dalla pura erogazione di una prestazione sanitaria, al tentativo di offrire una risposta più completa ai bisogni della persona malata. In questo senso, quanto proposto dalla medicina narrativa si contrappone al dualismo cartesiano sottostante la medicina contemporanea, che – anche in concomitanza ai (peraltro fondamentali) progressi tecnologici e tecnici – spesso ha messo questi ultimi al centro del processo di cura, focalizzandosi sulla malattia intesa come *disease* e correndo il rischio di trascurare gli aspetti relativi a *illness* e *sickness*, ovvero il vissuto soggettivo del paziente, dei familiari e la percezione sociale nei confronti della malattia.

La medicina narrativa è dunque un intervento clinico-assistenziale basato su una specifica competenza comunicativa; la narrazione ne è strumento fondamentale, finalizzato ad acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura, per condividere la costruzione di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

Dal punto di vista teorico, esistono quattro approcci teorici alla medicina narrativa:

- *approccio terapeutico*: sviluppato in svariati ambiti, quali quello psicologico, psicoterapeutico, psicoanalitico, psichiatrico, neurologico e neuropsichiatrico; considera la medicina narrativa come terapia alternativa o complementare rispetto ad altre terapie;

- *approccio di tipo umanistico-narratologico*: deriva dai lavori di Rita Charon, che pongono la dimensione narrativa come parte integrante del processo di cura; prevede ovviamente, da parte del curante, la capacità di utilizzare competenze narrative;

- *approccio di tipo fenomenologico-ermeneutico*: ha le sue premesse teoriche nel pensiero di Husserl, Heidegger, Gadamer, Ricoeur, Taylor. Le narrazioni rappresentano il modo in cui le persone si orientano rispetto ai significati e di conseguenza rispetto alle azioni e alle scelte che compiono. L'esito dell'incontro di questa molteplicità narrativa può diventare una co-costruzione di senso;

- *approccio socio-antropologico*: sottolinea l'importanza attribuita alla differenza tra *disease*, *illness* e *sickness*, come descritto sopra. Le "storie" non si limitano a raccontare le esperienze di malattia, ma le costituiscono, collegando l'esperienza del singolo al più generale contesto di senso in cui esse avvengono, in una continua rinegoziazione di strutture di significati tra curanti e pazienti.

Tentando di riassumere in un unico concetto quanto riportato sopra, si potrebbe quindi dire che la medicina narrativa rappresenta l'unione e integrazione del piano tecnico-scientifico rappresentato dall'*Evidence Based Medicine* e rivolto al