

Presentazione

Farsi carico della sofferenza

Giuseppe Parisi

School of medicine and surgery, Università di Milano Bicocca

Quando il 10 ottobre del 1981 aprivo il mio ambulatorio, come tanti giovani medici che si convenzionavano con il neonato Servizio Sanitario Nazionale creando la prima generazione di medici di Medicina Generale propriamente detti, raccogliendo l'eredità ragguardevole del medico condotto e quella - forse meno ragguardevole - del medico della mutua, non avrei mai pensato che oggi avrei avuto l'onore ed il piacere di presentare un libro come questo.

Negri e Zamin descrivono in modo compiuto un'esperienza di lavoro in cui il medico di medicina generale e lo psicologo lavorando in équipe si fanno contemporaneamente carico della sofferenza del corpo e di quella psichica dei pazienti. Per trent'anni ho lavorato a quest'obiettivo, farmi carico della sofferenza anche psichica dei miei pazienti, senza mai raggiungerlo compiutamente; oggi mi accorgo che le difficoltà erano strutturali e non derivavano da mia inettitudine o poca competenza, e mi accorgo anche che la soluzione prospettata in questo libro - che fa parte di una sperimentazione internazionale ormai radicata - è la soluzione per superare tanti guai che hanno afflitto il mio lavoro e quello dei miei colleghi nel secolo scorso.

Un po' di storia.

Con l'istituzione del SSN emergevamo, nel nostro paese come in tutto l'Occidente, da un'epoca in cui al cerusico prima e al medico condotto poi veniva riconosciuta una "tensione antropologica", come la denomina efficacemente Cosmacini, storico della medicina (Cosmacini 1987), che veniva considerata utile complemento delle competenze cliniche del medico e risorsa di qualità per sanare la sofferenza psichica dei pazienti.

La tensione antropologica unita alla visione multidimensionale e di contesto e alle conoscenze cliniche aiutava questo medico a gestire l'assistenza e la cura nella complessità del territorio e a casa

dei pazienti, forte di un metodo che si allontanava e si era sempre allontanato da quello galileiano e si riconosceva all'interno di un "paradigma indiziario" (Ginzburg 1986).

Oggi, nel nuovo secolo, in seguito al cambiamento radicale delle regole della domanda e dell'offerta in sanità, in un contesto socio-economico, culturale e scientifico che sta profondamente mutando, è impensabile una simile posizione epistemologica, sia per la diversa qualità della richiesta dei pazienti, sia per l'aumento esponenziale delle conoscenze specialistiche e degli strumenti diagnostici. Un medico di medicina generale deve in coscienza salvaguardare la sicurezza del paziente, rispettare i suoi desideri di certezza, ed eventualmente riuscire a farlo convivere con l'incertezza, e seguire con metodo (il metodo clinico) i principi della medicina basata sulle prove di efficacia, ritagliandosi uno spazio di competenze nuovo (e da qui l'importanza di un nuovo profilo professionale e di un curriculum ad hoc); ma deve anche saper chiedere la consulenza specialistica in modo appropriato, saper chiedere la collaborazione di altre figure professionali per garantire la continuità della cura, e così via. La visione multidimensionale non può essere solo individualmente la sua, ma deve essere il frutto della collaborazione con gli altri operatori.

Purtroppo, il medico di medicina generale italiano nel periodo storico che va dall'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale (1978) ad oggi si presenta nella maggior parte dei casi come un professionista che svolge il proprio lavoro isolato, eroga un servizio attraverso una organizzazione centrata su sé stesso come unica figura professionale senza aiuto di altri operatori e con uno scarso coordinamento di gruppo. Non si confronta in modo formalizzato con gli altri colleghi e la sua pratica presenta una variabilità notevole. È "imperatore" nell'assistenza dei suoi pazienti e spesso imperatore unico nel tempo, visto che solitamente la storia relazionale del medico italiano con i suoi assistiti è di lunga durata.

Questa è una posizione culturalmente anacronistica, un'enclave temporale ottocentesca in un mondo volto completamente a un millennio difficile ma totalmente diverso.

È necessario un cambiamento radicale.

È necessario perdere l'illusione del pensiero nomotetico e ammettere che solo la pluralità garantisca la presa del reale. In questa apertura al terzo millennio in cui il mondo occidentale non può

più rincorrere una verità unica e una superiorità rispetto ad altre visioni e culture, e in cui il rispetto del pluralismo è condizione stessa della sua sopravvivenza, si devono prendere seriamente in considerazione le idee le aspettative e le preoccupazioni dell'altro. Anche nell'assistenza territoriale di primo livello esiste un pluralismo di idee e culture. Ad esempio, esiste il punto di vista dell'operatore e quello del paziente, ma esistono anche i punti di vista di operatori diversi che sono diversi per cultura professionale o per interessi, oltre naturalmente al punto di vista dell'organizzazione sanitaria.

Per tornare allo specifico della cura della sofferenza psichica, quando la mia carriera professionale era agli esordi, da pochi anni Balint (1961) aveva tentato di dare forma alla tensione antropologica del medico, aveva elaborato un modello sofisticato e aveva applicato gli strumenti della psicoanalisi al lavoro dei *general practitioner* inglesi, operazione che non poteva essere ignorata. Dopo di lui non sarebbe bastata ad un medico di medicina generale una attenzione umana e una *pietas* per curare la relazione e per curare la persona oltre al corpo malato, ma sarebbe stata necessaria una competenza ben precisa. Quindi anche in Italia un certo numero di giovani medici di Medicina Generale provarono a utilizzare gli strumenti che le direttive teoriche psicoanalitiche fornite nella formazione opzionale specifica alla psicoterapia offrivano, nell'intento di proporre un approccio tecnico fondato su una teorizzazione scientifica alla sofferenza psichica al posto dell'approccio legato ad una generica attenzione umana.

Ma questo approccio, come del resto l'applicazione di altre teorizzazioni alla pratica clinica, quali il modello biopsicosociale (Engel 1977), o il più semplice modello dell'orientamento al paziente come contrapposto all'orientamento alla malattia (Byrne e Long 1976) non ha avuto la diffusione che meritava.

In effetti la storia dei tentativi di integrazione delle scienze umane in medicina è lunga e complessa, segnata da molti insuccessi e pochi trionfi. Si è sempre trattato di identificare il cavallo di Troia con cui l'orizzonte culturale delle scienze umane può penetrare nella cittadella della pratica medica. La questione non è solo rispetto alla bontà delle teorie e dei modelli o alla loro efficacia clinica, ma rispetto alla loro diffusibilità, appetibilità e praticabilità, integrabilità nel modello biomedico e anche alla loro insegnabilità.

Quanto le scuole di medicina, i medici stessi e i tutor sono dispo-

nibili ad accettare un modello? Cosa fa la fortuna di un modello? Certo, sotto i modelli proposti stanno degli atteggiamenti culturali, ma quali possono essere diffusi tra i clinici? L'imperativo è: "Ascolta il paziente". Ma la preoccupazione di una buona diagnosi non lo fa ascoltare...

Oggi c'è la possibilità che la cittadella della pratica clinica medica possa essere colonizzata, con una mossa nuova, seguendo il paradigma della pratica collaborativa.

I precursori forti c'erano da tempo anche nel campo della psicologia: dalla visione ristretta della relazione bipersonale tra psicologo e paziente - punto d'Archimede, nucleo strutturante di ogni accadimento di cura - si è ben teorizzato e realizzato un modello reticolare di intervento e il vertice di un solo professionista diviene spesso insufficiente.

Al di là delle teorizzazioni che fanno la parte del leone, mi piace citare un'esperienza di cura di nicchia, quella di Samir Stephanos (1975) che nel suo approccio al paziente psicosomatico grave in cura alla clinica dell'università di Ulm ritiene centrale la "famiglia dei curanti", vale a dire il gruppo degli operatori che è realizzazione simbolica di quel contenitore di cui i pazienti psicosomatici gravi hanno bisogno. Conosciamo il valore di contenimento dell'organizzazione. Di fatto oggi tutti i pazienti, non solo gli "psicosomatici", non vengono generalmente curati da un solo sanitario e la relazione con il proprio medico di medicina generale, per quanto unica e dettata da "amicizia medica" non è la sola che il paziente intrattiene. È necessario passare da una concezione che vede nel medico l'«amante» di una coppia terapeutica situata in un «non luogo», ad una concezione che vede il paziente «amato» da una *famiglia di curanti*, in un luogo in cui gli spazi, il tempo, gli accessi e i percorsi hanno importanza.

E qui si inserisce l'esperienza narrata in questo libro, che mostra che questo passaggio cruciale è stato effettuato: si propone addirittura la sincronia della collaborazione, sia con singoli pazienti sia negli interventi di gruppo, due vertici di osservazione nello stesso momento sul paziente per arrivare ad una condivisione di punti di vista.

Ed è questa sincronia che favorisce lo scambio dell'esperienza, la consulenza in "tempo reale", e l'assorbimento reciproco da parte dei due attori del punto di vista dell'altro, di chi appartiene ad un'isola di sapere molto distante. Si può toccare con mano dai racconti dei

protagonisti come il medico non cada nella trappola della delega, ma risulti fortificato dal contatto interdisciplinare.

Questo nucleo di novità è supportato da una descrizione accurata del modello organizzativo, una profonda riflessione sulle teorie alla base e da una efficace descrizione di cosa voglia dire pratica di équipe in generale, e in particolare rispetto alla sofferenza psichica. Gli esempi riportati parlano da soli.

Ma c'è qualcosa di più: viene presentato per chi non lo conoscesse - e siamo in molti a non conoscerlo - in maniera piena e appassionata il modello della Comprehensive PHC, che è l'ambiente in cui l'esperienza ha una sua naturale fioritura. Vedere questa sincronia, questo parallelismo tra il fondamento del modello organizzativo e la sua potenzialità pratica nell'incontrare i problemi dei nostri pazienti ci insegna molto ma ci dice anche: "Allora è possibile!" Auguro a questo libro ogni fortuna, che sia strumento di diffusione di ciò che è radicalmente nuovo!

Bibliografia

1. Cosmacini G. (1987), Storia della medicina e della sanità in Italia, Laterza: Bari.
2. Ginzburg C. (1986), Miti, emblemi, spie, Einaudi: Torino.
3. Balint M. Medico, paziente, malattia. Milano: Feltrinelli, 1961. Ristampato nel 2014 per i tipi di Fioriti: Roma.
4. Engel G. (1977), The need for a new medical model: a challenge for bio – medicine, Science, 196:129-136.
5. Byrne Ps., Long Bel. (1976), Doctor Talking To Patients. HMSO: London.
6. Stephanos S. (1975), A concept of analytical treatment for patients with psychosomatic disorders, Psychotherapy and Psychosomatics, 26:178-187.