

CURARE È NARRARSI: SULLA DISTINZIONE TRA MALATTIA E PATOLOGIA*

1. Il tema e la sua trattazione - 2. La Medicina Narrativa tra non essere e poter essere - 3. Primo livello: il rapporto medico-paziente - 4. Ancora sul rapporto medico-paziente in Medicina Narrativa: la malattia e la patologia - 5. Secondo livello: l'organizzazione del sistema sanitario - 6. Terzo livello: il modello economico per la sanità

Abstract

La medicina narrativa è una nuova frontiera del dibattito medico e bioetico. Nell'articolo viene proposta una visione integrata di medicina narrativa su tre livelli di discorso: il rapporto medico-paziente, l'organizzazione sanitaria, il modello economico.

Narrative medicine is a new frontier in the medical and bioethical debate. The article proposes an integrated vision of narrative medicine on three levels of discourse: the doctor-patient relationship, the health organization, the economic model.

Keywords: narrative medicine, doctor-patient relationship, health organization, economic model.

1. Il tema e la sua trattazione

Di Malattia Narrativa si è iniziato da qualche anno a parlare diffusamente e da tempo anche nel nostro Paese si andato affermando un dibattito interessante. Per altro la Medicina Narrativa non ha ancora trovato un proprio statuto ben delineato e si volge in più direzioni che meriterebbero ciascuna una certa attenzione, per fare solo due riferimenti: si inserisce ed entra in relazione con quel movimento attivo in varie discipline nelle quali si opera riferimento alla letteratura, basti solo ricordare, nel campo giuridico, gli studi di *Law and Literature*, si inserisce negli studi psicoanalitici e da lì influenza la clinica medica. Nella prima direzione è il tema dell'impiego della letteratura ma anche di ciò che la letteratura rappresenta *per e nell'esistenza* umana e, in ultima analisi del perché della letteratura¹. Sul secondo versante, è il tema dell'anamnesi, da sempre centrale nell'arte medica ma anche delle influenze della psiche sul soma².

* Relazione al Corso di formazione *Narrare la malattia per costruire la salute: la medicina narrativa*, GOA di Reggio Calabria, 25 gennaio 2020. Il testo mantiene, ad accezione delle frasi legate all'occasione, il tono discorsivo e gli scarni riferimenti alla letteratura.

¹ Su quanto la questione sia comunemente discusso oltre le cerchie specialistiche, basterà rinviare all'articolo di G. BRONZETTI, *Leggere Anna Karenina serve a curare meglio*, in *Corriere della salute*, 18.7.2019, p. 23 e alcuni testi di primo riferimento: R. CHARON, *Narrative medicine*, Oxford, 2006; L. ZANNINI, *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*, Milano, 2007; A. VIRZÌ, M.S. SIGNORELLI, *Medicina e narrativa. Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)*, Milano, 2017.

² A. SCANNI, F.E. PEROZZIELLO, *Manuale di medicina umana e narrativa*, Milano, 2016.

Nelle considerazioni che seguono, intendo concentrarmi su un'idea di fondo che ricomprende anche questi due altri filoni o, se si preferisce, scelgo un profilo preliminare al tema della Medicina Narrativa, volto a disambiguarla da alcuni suoi travisamenti, o meglio da ciò che ritengo essere tali, con la scontata precisazione preliminare che devo sacrificare la complessità dei punti, solo lambiti, in favore di una sintesi necessariamente semplificatoria³; interessato come sono, in questo momento della mia riflessione, a dare un percorso definito nei suoi macro elementi piuttosto che un'analisi dettagliata dei singoli punti che lo compongono. E procedo, dunque, cercando, prima, di precisare, *cosa la Medicina Narrativa non è* (§ 2), per, poi, concentrarmi sui tre livelli nei quali la ritengo attiva che consentono di delineare *cosa dovrebbe essere* (rispettivamente, il rapporto medico-paziente (§ 3, 4), l'organizzazione sanitaria (§ 5), il modello economico della sanità (§ 6).

2. Medicina narrativa tra non essere e poter essere

Dico subito che mi appare fuorviante pensare la medicina narrativa come “moda”, come ed al pari di alcune che spesso entrano nel fare medico, proponendo delle direzioni, o delle terapie e delle pratiche che sono legate alla contingenza e tutte costruite da una serie di nessi e di spinte che poco hanno a che fare strutturalmente o che comunque nulla incidono sull'atto medico. La Medicina Narrativa non solo non è una moda ma non è neanche una sorta di *new age* medica o una sostituzione dell'approccio farmacologico o tradizionalmente medico in vista di un metodo o dei protocolli innovativi. In questo senso sarebbe del tutto frainteso il coinvolgimento della letteratura – alla quale prima ho fatto riferimento – se lo si pensasse non solo come una sorta di svago culturale per medici e ammalati ma anche come semplice modo di affinare l'attenzione all'ascolto dell'altro. Se ha un valore il ricorso alla letteratura nella Medicina Narrativa lo ha per la funzione che la letteratura mantiene con la struttura antropologica della persona; entra dunque in medicina narrativa la letteratura con riferimento a quanto dirò a breve circa la struttura del sé differente da quella dell'io.

³ Parte di questa semplificazione ricade sul dover trattare l'intervento medico nel suo insieme non potendo differenziare, come invece si dovrebbe in una più ramificata analisi dei singoli aspetti, tra intervento in ospedale, in pronto soccorso, a domicilio; tra paziente cronico, occasionale, terminale, ecc.

Ritengo poi che la medicina narrativa, oltre a non essere moda o *new age*, non è esauribile neanche in un modo di “fare” il medico, almeno nella misura in cui questo non sia da intendere come il centro della medicina narrativa ma come un suo diretto e conseguente effetto.

Parto invece dal considerare *la medicina narrativa come un modo di intendere la medicina*, in questo arriva ad essere anche un modo di praticare la medicina, ma proprio in questo si conferma non essere né un fenomeno di moda né un’alternativa alla tradizione.

Assumendo questa qualificazione come tesi – *medicina narrativa come modo di intendere la medicina* – indico quali sono i tre livelli entro i quali ritengo possibile una sua prima argomentazione: il rapporto medico-paziente, l’organizzazione sanitaria, il modello economico che regge la Sanità, nella convinzione che l’atto medico è reso possibile non solo dall’azione, in scienza e coscienza, del singolo professionista ma si inserisce e in parte dipende dall’organizzazione sanitaria sul territorio e che tale organizzazione dipende anche, ma non solo, dal modello economico della Sanità. In tal senso la Medicina Narrativa mi appare un modo di pensare la medicina.

3. Primo livello: il rapporto medico-paziente

Nella ricostruzione dell’annoso problema del rapporto medico-paziente si è soliti individuare i due principali modelli: quello paternalistico e quello liberale.

Il *modello paternalistico*, come noto, è quello che nella grande battaglia tra bene e male vede schierati l’uno contro l’altro armati da un lato la patologia e dall’altro il medico. Il male avvertito da colui che solo con la propria scienza e fortificato dalla propria coscienza è capace di mettere nel miglior modo possibile a frutto i risultati della scienza medica: è lui che “sa” e che dunque deve decidere cosa fare e come agire. Se volessimo indicare gli elementi della lotta potremmo dire che medico e patologia sono i soggetti protagonisti, il paziente è il luogo della battaglia, suo è il corpo sul quale la patologia agisce e sul quale il medico è chiamato a dar prova di sé.

Questo almeno fino a quando – sono gli anni settanta del secolo scorso ma sulla spinta di alcuni passaggi fondamentali in tema di libertà personale e di cura – dall’impostazione paternalistica non si passa al *modello liberale*. Un processo lento che nasce già dopo il secondo conflitto mondiale allorché si sono assunti alcuni principali orientamenti proprio col Codice di Norimberga del

1946 e, tra gli altri, quello della libertà e volontarietà⁴. Principi che sono ribaditi nella Convenzione di Oviedo del 1997 sui diritti umani e la biomedicina⁵; e ancora contenuti nella Carta dei diritti fondamentali di Nizza del 2000⁶: «nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati il consenso libero e informato della persona interessata» (art. 3); nell'ordinamento italiano, con le previsioni dalla cornice costituzionale segnata dagli artt. 2, 13 e 32 della Cost. che centralizza l'idea della persona umana anche rispetto al principio della *volontà dei trattamenti sanitari* (caratterizzante la c.d. legge Basaglia del 1978).

Un quadro generale che viene impresso anche nel codice deontologico medico del 1998 con la *volontà del paziente* e ribadito in quello del 2006: «il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente» (art. 35); «deve attenersi, nell'ambito dell'autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa» (art. 38).

Una carrellata di norme, me ne rendo conto, ma che rende evidente quanto – nella straordinaria stagione riformista degli anni settanta (la quale inanella: la riforma del diritto di famiglia, la legge Basaglia, l'introduzione del Sistema Sanitario Nazionale, la legge sull'interruzione volontaria della gravidanza) – sia stato posto al centro del sistema, al centro della vita anche sociale, l'individuo con la sua libertà di autodeterminarsi⁷.

Circostanza che, come era inevitabile, ha avuto effetti anche sul rapporto medico-paziente. Oramai il paziente è riconosciuto a tal punto soggetto attivo e non passivo dell'*affaire* malattia che al pari del medico – e in *alleanza terapeutica* con lui – non solo *può* ma *deve* scegliere sulla propria vita, dunque anche sulle cure che è chiamato a individuare in base a quanto gli dirà il medico informandolo adeguatamente, potendo anche rifiutarle e – almeno dal famoso caso Massimo in poi

⁴ «Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Questo significa che la persona coinvolta deve avere la capacità legale di dare il consenso; [la persona] dovrebbe essere edotta in maniera tale che sia capace di esercitare un libero potere di scelta» (punto 1).

⁵ «un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il consenso» (art. 5).

⁶ «nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati il consenso libero e informato della persona interessata» (art. 3).

⁷ Immane la letteratura sull'autodeterminazione e radicalmente differenti gli indirizzi e le linee di sviluppo che danno valutazioni differenti anche della stessa stagione delle riforme, straordinaria a mio avviso in ogni caso, intendendo l'aggettivo non in senso positivo ma espressivo di un insieme di modificazioni che non hanno più trovato nella storia italiana eguali. Non mi è possibile in queste pagine riprendere il tema e svolgere una analisi sui significati ermeneutici dell'autodeterminazione; rinvio, almeno per la mia specifica posizione, a *Finché esiste l'uomo. Quattro studi su autodeterminazione e obbligatorietà*, Torino, 2014.

fino alla legge del 2017⁸ – costituendo come medico quell’atto che in assenza del consenso del paziente non ne acquista la caratura.

Se tutto questo è (è quanto dicono le norme, è quanto riportano i manuali, è quanto viene stabilito e in parte – almeno formalmente – posto in essere), non posso non domandarmi cosa significa *davvero alleanza terapeutica*, nella concreta realtà che ogni giorno viene vissuta tanto dai medici quanto dai pazienti. Ovvero mi chiedo come questa alleanza si concretizza e quanto sia possibile, passando dal pensato al realizzato, mettere sullo stesso piano medico e paziente.

Vedete, sono persuaso che nella maggior parte dei casi non si riesca a uscire realmente da quel modello paternalistico che si pretende invece di aver abbandonato; ora concretizzato in un *modello di dipendenza*: del paziente dal medico e del medico dal paziente.

E il caso del consenso informato è, in questo, esempio irresistibile⁹. Cosa è infatti – o cosa si riduce ad essere – il consenso informato? Un consenso in-formato, ovvero posto in un formato – quasi sempre prestampato e fotocopiato – in calce al quale il paziente pone una firma. Certo, dopo che il medico ha prestato tutte le opportune spiegazioni, dopo che il livello di spiegazione è stato conformato al livello di comprensione, dopo che ogni domanda è stata fugata con risposte ben specificate. Ma, mi domando anche come giurista, dopo tutto questo, in che termini il paziente (o/e i suoi parenti) sta (stanno) scegliendo veramente consapevolmente? In che senso non vi è – nonostante lo sforzo espositivo del medico profuso senza risparmiarsi e l’intento del paziente di comprendere – una *fiducia* (mista a *speranza*) che comunque rimane alla base della sottoscrizione del modulo. Non fosse altro perché nel momento della malattia, dunque della sofferenza, del dolore, dello stress, non sono persuaso che la consapevolezza possa sempre dirsi piena, che la libertà non sia inficiata dalle condizioni particolari nelle quali le persone coinvolte (malato e parenti) sono chiamate a decidere.

Con la conseguenza pratica che spesso il consenso “in-formato” si svela strumento di *medicina difensiva*; diventa quello scudo contro le istanze e le ire di quanti, sentendosi – magari a torto – vittime di errori e incapacità si trasformano repentinamente da supini e supplici pazienti a irati attori in cause risarcitorie. E se parliamo di medicina difensiva certo nulla residua dell’affermata e

⁸ Il riferimento è alla sentenza Cass., Sez. V, n. 5639 del 1992 e alla recente l. 219 del 2017.

⁹ Cfr. G. CANZIO, *Medicina e narrazione*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2014, n. 3, pp. 869 ss.; G. ROTOLO, *Profili di responsabilità medica alla “luce” della medicina narrativa*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2014, n. 3, pp. 873 ss.

anelata alleanza terapeutica; anzi, i termini di reciproca dipendenza tra paziente e medico si fanno tensione e contrapposizione. Ora sui due fronti dello scontro tra bene e male scompare la malattia, lasciata sullo sfondo della vicenda principale che invece vede l'un contro l'altro armati proprio paziente e medico. Non è più il modello paternalistico, certo, ma non è neanche l'alleanza terapeutica promessa dal modello liberale: è la dipendenza nella quale il medico sa e il paziente lo autorizza.

4. Ancora sul rapporto medico-paziente in medicina narrativa: la malattia e la patologia

Non appaia che con queste considerazioni mi stia allontanando dal tema o che non stia o non voglia parlare della Medicina Narrativa, perché è proprio il contrario. Ponendo la *medicina difensiva* quale posizione intermedia tra modello paternalistico e modello liberale, ho inteso proprio aprire la possibilità alla mia tesi: *la medicina narrativa è un modo di intendere la medicina*.

Vedete, per evitare tanto il paternalismo quanto il modello difensivo di una medicina che smarrisce alcuni sui riferimenti fondamentali – da un lato l'umanità necessaria per curare (un prendersi cura) dall'altro la tranquillità che il medico deve avere nel prendere decisioni che sono spesso difficili in ventagli di possibilità terapeutiche che gioco-forza è lui a dover attentamente vagliare – è proprio al rapporto medico-paziente che dobbiamo mantenere rivolta l'attenzione, ed è proprio questo rapporto, misto di fiducia e speranza che costituisce la chiave di volta della Medicina Narrativa. Una chiave di volta che non si coglie facilmente se non si pone attenzione ad una distinzione che mi appare rilevante: quella tra malattia e patologia.

Fino ad ora ho io stesso impiegato i due termini in modo che poteva apparire sinonimico. In realtà *malattia* e *patologia* non mi appaiono sinonimi che, in due registri lessicali differenti, uno naturale e l'altro più tecnico, individuano la stessa cosa. Almeno per quanto mi concerne, propongo una loro distinzione perché mi sembra che sono cose distinte che si influenzano reciprocamente.

Il medico conosce la patologia, di questa parlano i Trattati sui quali ha studiato e che conosce a memoria. La patologia che vi trova descritta è unitaria e replicata di caso in caso, identica a se stessa. E, del resto, diviene “quella” patologia proprio quando viene isolata e identificata.

Il paziente conosce la malattia, non conosce la patologia, non è afflitto dalla patologia dei Trattati che non incontra mai e di cui non comprende nulla ma è tormentato dalla malattia, quella

che coinvolge il singolo paziente ma anche tutti quelli che gli stanno vicino, familiari, amici, parenti; tutti coinvolti e, per certi aspetti, tutti malati. E di malattia non ci sono categorie e tipologie unitarie, di una patologia si danno malattie diverse quanti casi si presentano.

Posta la distinzione, allora, non mi è difficile intuire come la patologia possa essere affrontata senza tenere in considerazione la malattia e come la malattia possa continuare ad esserci anche quando la patologia è stata sconfitta. Ma, soprattutto, mi sembra di poter affermare che si soffre, si sopravvive e si muore per la malattia non per la patologia. E di questa, solo il malato e i suoi familiari hanno conoscenza, consapevolezza, contezza; solo loro possono narrarla al medico per fargliela comprendere.

Se vogliamo parlare di un'alleanza terapeutica, è sulla base di questa distinzione che si può delineare; ed è alleanza non tra la volontà del paziente che sceglie le cure in base alle spiegazioni che il medico gli ha fornito, ma è alleanza dialogante contro la malattia che si sconfigge se, conoscendo la patologia, si riesce a costruire quel dialogo medico-paziente capace di fare fronte alla malattia.

E come potrebbe il medico intervenire contro una malattia che non conosce? E come potrebbe il malato affrontare una patologia che non incontra?

La Medicina Narrativa si costruisce a partire da questo dialogo, da questo duplice narrarsi del paziente al medico e del medico al paziente in un rapporto nel quale ciascuno è portatore di una componente dell'atto medico¹⁰.

Medicina narrativa, allora, è anamnesi: è quel racconto e quella conoscenza che paziente e medico fanno e che si compone di parole e si compone di gesti. Come può il medico intervenire se non conosce la storia del paziente e se da lui e dai suoi cari non riceve la narrazione di cosa appare e di cosa si avverte? Se non comprende le dinamiche personali e familiari della malattia?

Ma non è solo nel momento dell'anamnesi che la Medicina Narrativa si svolge. Non c'è medicina che non si debba applicare alla persona nella sua interezza e la persona nella sua interezza non ha la struttura semplice dell'io ma quella riflessiva del se stesso, forma pronominale che rende psico-somaticamente narrativa l'identità della persona. Una persona che è dunque sintesi di aspetti diversi: è il singolo individuo ma anche la possibilità di essere diverso da chi è stato e da chi sarà; è

¹⁰ Cfr. C. MAZZUCATO, A. VISCONTI, *Dalla medicina narrativa alla giustizia riparativa*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2014, n. 3, pp. 847 ss.

essere ma è anche libertà di poter essere; è identità ma anche differenza. Aspetti e struttura identitaria che qualifica l'umano e dunque i diversi e unici e specifici presentarsi della malattia per il singolo caso.

Curare come prendersi cura – come spesso si dice nei contributi sulla Medicina Narrativa – acquista il senso di un *cum-patire* che deve qualificare il rapporto medico-paziente, declinandolo secondo il modello dell'alleanza¹¹.

In questi termini Medicina Narrativa non è solo un modo di fare il medico (non significa solo attenzione per il paziente e capacità di ascolto) ma è un modo di pensare la medicina (e di conseguenza di fare anche il medico). Un modo che certo richiede non solo *conoscenza* ma anche *sensibilità umana*, la quale è per la Medicina Narrativa parte della medicina e dell'atto medico.

Questo significa che la Medicina Narrativa si contrappone ad una *medicina oracolare*, e intendendo con questa espressione quella praticata col solo ausilio delle tecnologie di indagine senza un rapporto fisico, perché fatto di contatto tra le mani del medico e il corpo del paziente, e umano, perché fatto del narrarsi reciproco sopra riferito. Non che la tecnologia non fornisca tutti gli strumenti più innovativi a giovamento della medicina, ma – appunto – questi sono ausili, fortunatamente sempre più precisi e avanzati, da intendere come strumenti capaci di dire se non tutto certamente molto della patologia ma non sostitutivi dell'arte medica, che è tale perché umana e solo umana concentrata sulla malattia.

La Medicina Narrativa, rispetto alla domanda della medicina oracolare tutta ricostruita attorno alla domanda che cos'è l'atto medico?, che cos'è il medico?, che cos'è il paziente?, svela la domanda fondamentale del *chi* è il medico e *chi* è il paziente? Col passaggio – non secondario – dal registro della cosa a quella del chi, della persona.

5. Secondo livello: l'organizzazione del sistema sanitario

Se la mia analisi terminasse a questo punto, a questo primo livello, la tesi che ho proposto di argomentare sarebbe solo in parte stata presentata ed in modo molto parziale e insufficiente. Non si uscirebbe infatti dalla retorica di una alleanza più auspicata che realizzata e la stessa distinzione

¹¹ Come anticipato sopra, è in questi termini che ritengo rilevante e possibile un contatto tra letteratura e medicina proprio nella medicina narrativa; la letteratura svolgendo quel lavoro di immissione nella realtà dell'altro, fondamentale per un medico che così può comprendere la malattia del paziente e non solo conoscerne la patologia.

tra malattia e patologia rischierebbe la retorica del medico comprensivo e disponibile che si scontra con lo stereotipo di quello burocraticamente rinserrato dietro l'asetticità della funzione e della professione.

Al contrario la Medicina Narrativa – proprio perché modo di intendere la medicina e non solo modo di praticarla – non si può comprendere senza passare al secondo livello: ha a che fare anche con l'organizzazione sanitaria.

Del resto, se – come ho cercato di precisare – l'atto medico si imperna sull'alleanza terapeutica questo significa non solo attenzione personale del medico che avverte l'importanza dell'ascolto nel momento in cui si trova davanti un paziente; significa pensare la dimensione narrativa come struttura organizzativa dell'offerta sanitaria. Significa che vi è un rapporto di alleanza terapeutica ampia, stabile e duratura che si deve riconoscere alla base e centrale di questo modo di intendere la medicina. Il rapporto che si instaura tra medico di base e assistito.

Quanto sopra detto esprimendo qualche dubbio circa il consenso che (anche nel più ampio rispetto delle regole previste dalla legge in materia di informazione chiara da parte del medico) forse non è sempre così consapevole e non è sempre una libertà non inficiata dalle condizioni contingenti quella che si esercita, torna ora in modo ancora più rilevante. Il narrarsi reciproco, la conoscenza del caso e di ciò che è successo è ancora più efficace se il medico di base torna ad essere quello che è sempre stato: una sorta di membro esterno o aggregato della famiglia, ovvero colui che conosce perfettamente la storia di ciascuno dei membri del nucleo familiare generazione dopo generazione.

A ben vedere, è solo così che una vera alleanza si può costruire, e nei termini sopra individuati all'interno della Medicina Narrativa; alleanza che sarà poi di confronto e conforto – nel caso di malattia o di indagini specialistiche – con medici diversi che ritroveranno proprio nel confronto col medico di famiglia un momento di primo interesse.

Un sistema sanitario che – per la Medicina Narrativa – si costruisce a partire dalla rete dei medici generali che sono il primo e più importante riferimento invece di ridursi a compilatore di ricette a richiesta di parte (e magari a mezzo telefono o email), come in tanti casi si deve pur rilevare che avviene nella totale non conoscenza reciproca tra medico e assistito.

E non ho il tempo per ampliare il discorso, per come invece meriterebbe, su due temi che sono molto importanti nel modello narrativo della medicina: la questione (alla quale ho accennato) dei parenti del paziente, da un lato, la questione del personale infermieristico, dall'altro.

Mi limito a evocare per punti sommari e a ricordare come nell'attuale situazione della Sanità – soprattutto nelle Regioni dove più basso e peggiore è il suo funzionamento – i familiari del paziente non solo sono partecipi della malattia, come dicevo anche prima, ma sono indispensabili sostituiti di servizi di assistenza; penso non solo all'assistenza al paziente svolta a domicilio ma anche al contributo ospedaliero (l'assistenza notturna e diurna, l'attività di pulizia della persona, l'assistenza morale). Il modo narrativo di pensare l'atto medico non può on inglobare anche i familiari come parte importante per la diagnosi, per la prognosi, per la terapia.

E poi il medico non solo non è solo ma non è neanche il solo che avvicina il paziente. Ruolo narrativamente essenziale svolge l'intero personale, infermieristico in primo luogo, che ha spesso il maggior contatto (con la malattia oltre che con la patologia) e dunque deve essere partecipe dell'alleanza terapeutica.

6. Terzo livello: il modello economico per la Sanità

Un sistema di organizzazione narrativa, quello che la Medicina Narrativa richiede, presenta e si presenta anche come modello economico per la Sanità, terzo e ultimo livello della mia analisi.

Perché modello economico? Non è una novità dell'ultim'ora quella che riporta una delle spese più ampie a livello nazionale proprio identificata con quella sanitaria e proprio nella Sanità individua il comparto più insidioso per la spesa pubblica; con la conseguenza che, spesso, *risparmio di spesa* si traduce in *taglio in Sanità*.

Certo non intendo proporre la soluzione a tutti i mali, ma ripensare in modo efficiente l'organizzazione sanitaria – e quanto detto fino ad ora va proprio nella direzione di un ripensamento efficiente – avrebbe un immediato beneficio in due direzioni diverse e complementari. Da un lato, avere una rete di medicina generale capillare e funzionante sul territorio significa che una buona parte dei casi che si presentano nelle strutture ospedaliere potrebbero trovare una soluzione domestica senza il viaggio in pronto soccorso e in ospedale; dall'altro lato, la rete dei presidi sanitari, sempre più ridotta mediante accorpamenti da *spending review*e, dunque, con strutture sempre più intasate, potrebbe trovare un forte alleggerimento di carico, con un duplice risparmio: per il paziente che viene sottoposto a indagini conoscitive che a volte sono inutili ai fini del problema, ma rese indispensabili dalla necessità di dover affrontare il problema di salute non conoscendo nulla del paziente e solo i sintomi del problema stesso, dunque dalla necessità di escludere ciò che non

appartiene al problema; risparmio, poi, per la struttura ospedaliera che evidentemente nella massa di accertamenti ed esami impiega risorse, di personale e di mezzi, che hanno un costo. A ulteriore dimostrazione che ragionare in termini di efficienza significa portare *risparmio nella Sanità* (con reperimento di risorse da reimpiegare per ulteriormente migliorare la Sanità) e non *taglio della Sanità* (con reperimento di risorse che vengono destinate ad altri ambiti).

Non entro nell'annosa questione della regionalizzazione della Sanità, sulla quale, per pudore e non solo per ragioni di tempo, mi impongo in questa sede il silenzio; ma che del modo narrativo della medicina entra a fare parte proprio a livello di modello economico.

Insomma, seppur solo avendo lambito i termini della questione, mi sembra di poter arrestare la mia analisi, ben lontano, ne sono consapevole, dall'aver offerto un contributo esaustivo.

Mi sembra però che una prima presentazione della tesi che ho voluto proporre è andata profilandosi in termini che sono narrativi e pensano la medicina non solo nel momento della richiesta del singolo intervento; ovvero in termini che, intendendo la medicina come salute e la salute come parte della vita quotidiana dell'individuo e della società nel suo complesso, pensano a partire dal rapporto medico-paziente declinato anche sul versante dell'organizzazione dei processi di servizio ed economico, i quali sono parte dell'atto medico perché sua possibilità e condizione.

Nulla che il giuramento di Ippocrate non contenga già dai tempi antichi («in qualsiasi casa andrò, vi entrerò per il sollievo dei malati») e che la Medicina Narrativa si incarica di riproporre adeguando alle esigenze dei tempi. Medicina Narrativa che così si contrappone sia a quella *difensiva* sia a quella *oracolare* ed in assenza della quale il *cum-patire* del rapporto medico-paziente è destinato a risolversi nell'incontro non tra due *pathos* ma tra due sofferenze, quella del povero Cristo del paziente, confuso e smarrito dalla sua malattia, e quello del povero Cristo del medico, strattinato tra richieste – paradossali – che lo vogliono al tempo stesso asettico scienziato e guaritore dal volto umano.

DANIELE CANANZI
Università Mediterranea di Reggio Calabria