

# **L'arte medica tra direttività e visione sistemica: medico meccanico o medico giardiniere?**

di *Giorgio Bert*

Medico, Co-fondatore Slow Medicine

## **Sommario**

Il metodo scientifico in medicina ha permesso grandi progressi ma ha fatto perdere la dimensione sistemica della salute, riducendola alla diagnosi e al trattamento delle malattie: in altre parole medicalizzandola completamente. Le riflessioni che seguono mostrano come sia oggi necessario, per formare un medico “completo”, recuperare una visione sistemica della cura non necessariamente incompatibile con la direttività.

## **Parole chiave**

salute, direttività, conoscenza, cura, salutogenesi, cittadini.

## **Summary**

The scientific method has been a very important progress factor in the development of medicine; it has however caused the loss of the health systemic salutogenetic dimension. Nowadays a “complete” doctor needs a systemic vision of the care.

## **Keywords**

health, knowledge, care, salutogenesis, citizens.

Dialogo con un collega perplesso.

Dice: “Mah... Francamente di questo tuo pallino dei sistemi non ho mica capito molto... Insomma, se ho ben compreso, un sistema umano è tale non per via delle singole persone ma per via della rete di relazioni che le connette...”

Dico: “Be’, sì... più o meno è così...”

Dice: “Già, ma le relazioni non sono “cose”, non si vedono, non si misurano... Come tu stesso dici un sistema umano non può essere obiettivamente osservato (e quindi descritto) perché il presunto osservatore ne diventa di fatto un elemento e di conseguenza lo modifica...”

Dico: “Effettivamente...”

Dice: “In conclusione, sempre se capisco bene, un sistema non può essere visto né descritto nel suo insieme... Quindi vedo solo due possibilità: o esso semplicemente non esiste ed è un prodotto della tua immaginazione oppure ogni sistema è esso stesso elemento di altri e altri sistemi, tutti invisibili, e così via all’infinito... E allora è Dio: un Dio pascaliano, celato, absconditus; e ogni tentativo di conoscerlo attraverso prove o speculazioni significa, come dice Pascal, non conoscerlo.”

Deus sive systema...

Ancora una volta la mia presunzione di avere “una visione sistemica” della medicina viene posta in discussione. Perché la medicina non sarà una scienza né tanto meno una scienza esatta, ma almeno da qualche secolo si basa su dati empirici e più di recente su prove sperimentali. Si è liberi, insomma, di fare tutte le ipotesi che si vogliono, ma se esse non sono verificate, e tanto più se non sono verificabili, non hanno valore, almeno nella medicina occidentale moderna, che del resto è ormai quella dominante.

Ora, come il collega mi fa notare, un sistema non può venire osservato o percepito in tutta la sua complessità con i sensi e neanche con strumenti appositi per quanto raffinati.

Allora, quando parlo con una certa supponenza di “visione sistemica” in medicina, di che cosa parlo?

E per cominciare, cosa è la medicina?

Come ci insegnano i nostri più prossimi parenti nella scala evolutiva, con tutta probabilità i nostri antenati ominidi curavano il disagio e in genere ogni tipo di malessere con quella manovra che viene definita “grooming”: lo spidocchiamento, il grattamento, il tocco reciproco. La cura era insomma un intervento tattile condiviso.

In tempi assai più recenti in termini evolutivi, la collettività iniziò a delegare la cura a individui che si ponevano od erano percepiti come particolarmente “esperti”: parlavano con gli spiriti, interpretavano segni diversi nel corpo e fuori di esso, “leggevano” gli astri, conoscevano rimedi minerali, vegetali, animali, annullavano sortilegi e maledizioni, proponevano e dirigevano riti...

La figura dello sciamano esiste in tutte le culture e persiste del resto viva ed attivissima nella nostra stessa cultura ancora al giorno d’oggi. Maghi, sensitivi, astrologi e numerosissimi altri “curatori” prosperano e convivono senza grossi problemi con la medicina ufficiale. In fondo il medico stesso può essere percepito come uno “sciamano scientifico” ...

Sembra quindi che siano il disagio, il malessere, la malattia a creare la figura del medico. La persona che si sente perfettamente bene non consulta un professionista della cura; certo, almeno nel nostro mondo altamente complesso, dominano la fragilità, la paura, e quasi nessuno si sente perfettamente in salute se non in rari momenti della sua

vita: di qui la moltiplicazione di offerte di cura, convenzionali e non, che creano a loro volta nuovi malati. Inventare le malattie e le cure è un'arte redditizia per ogni tipo di medicina.

Da una cultura di questo tipo, nasce la convinzione che esista una cesura, una netta divisione tra salute e malattia: se uno è sano, insomma, non è malato; e viceversa.

La malattia poi, qualunque ne sia la causa, si manifesta come sofferenza del corpo provocata da un danno organico. Questa ipotesi sta alla base della medicina scientifica moderna almeno dal XVIII secolo, quando Morgagni pubblicò la sua opera fondamentale *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*. Cause e sedi delle malattie hanno da allora un preciso substrato anatomico; il problema se mai è quello di individuarlo.

Una rivoluzione... La malattia sta nella materia, nei corpi, nel corpo, non negli astri ad esempio, come ancora credeva il manzoniano Don Ferrante: *“È di questi signori medici confessare che ci troviamo sotto una congiunzione così maligna e poi venirci a dire con faccia tosta: non toccate qui, non toccate là e sarete sicuri... E tanto affannarsi a bruciar de' cenci! Povera gente! Brucerete Giove? Brucerete Saturno?”*

Ha inizio così l'importanza dell'esame fisico del paziente, la visita medica, che in epoche precedenti contava poco o niente rispetto alla cultura libresca tratta dagli scritti “sacralizzati” dei grandi maestri del passato come Ippocrate, Celso, Galeno. *Ipse dixit* risolveva ogni dubbio.

C'erano certo, come ancora oggi ci sono, studiosi eretici che si discostano e spesso di oppongono alle idee dominanti, che scelgono di mettersi dalla parte del torto; ma avevano, così come tuttora hanno, vita difficile: personaggi quali Paracelso o in epoca più recente Semmelweis e Feyerabend stanno a dimostrarlo.

Naturalmente ponevano e pongono tuttora un serio problema alla medicina coloro, e non sono pochi, che lamentano un disagio o una sofferenza che con tutta la buona volontà non si riesce a collocare nel corpo, nella *anatomen*. Qui sono nettamente favoriti gli sciamani rispetto ai medici scientifici, obbligati a introdurre il nebuloso e scivoloso concetto di “mente”; quegli altri se la possono cavare con congiunzioni astrali infauste, fatture, maledizioni, malocchio, disequilibrio tra energie positive e negative, con uno scompenso del terzo o quarto chakra o, perché no, riesumando e restaurando l'ippocratica teoria degli “umori”, tuttora vivente del resto nel linguaggio comune.

Possiamo pure alzare ironicamente le spalle o gli occhi al cielo. Fermiamoci però un momento a riflettere che molti di questi sciamani sembrano essere assai più sistemici di noi...

In uno dei suoi ultimi scritti, Gregory Bateson racconta come tutta la sua vita di studioso sia stata un rifiuto di schierarsi con una delle due “superstizioni” (così le chiama) dominanti: quella che colloca la spiegazione della vita, salute e malattia

incluse, fuori dal corpo e dalla materia, che sarebbero influenzati, comandati da agenti soprannaturali separati: una “mente”, uno “spirito” o simili; e l'altra superstizione, il meccanicismo riduzionista, che nega radicalmente l'esistenza di una “mente” o “spirito”: tutto può essere e sarà logicamente spiegato all'interno della materia, mediante ordinate sequenze lineari di causa ed effetto.

La prima epistemologia favorisce derive new age e non di rado ciarlataneria; per sottrarci ad esse siamo indotti a fuggire verso un materialismo totalizzante, spesso limitativo e soffocante. Ogni sistema teorico, secondo Bateson, è una scappatoia che ci aiuta a sottrarci alla fallacia opposta.

Questo spazio tra epistemologie (o superstizioni) opposte eppure complici è, o almeno dovrebbe essere, quello della medicina, o meglio della cura; uno spazio fluido, liquido, fluttuante, danzante; non “stato” ma “processo”, ricerca, esplorazione, che non cerca conferme a preesistenti certezze ma verifiche a dubbi: verifiche inevitabilmente destinate a creare nuovi dubbi.

Ovvio che una medicina così concepita rischierà di venire accusata di volta in volta, a seconda dell'epistemologia a cui in un dato momento provvisoriamente si accosta, di apertura a idee non scientifiche o antiscientifiche oppure all'opposto di scientismo e di “teologia” dell'evidence based. Il presunto possesso della verità cristallizza, surgela, rende incomprensibile più ancora che insopportabile l'aspetto dinamico, continuamente variabile della vita. I superstiziosi sono credenti: cercano (e regolarmente trovano) conferme al loro credo; gli spiriti liberi dubitano, sono continuamente in caccia di verifiche mai definitive, sempre generatrici di nuovi dubbi.

L'arte del medico è l'abilità di oscillare tra questi estremi mantenendo sempre da entrambi la giusta distanza; è la consapevolezza che aderire appieno all'una o all'altra di quelle superstizioni segnerà la sua fine come professionista della cura, come medico “completo”.

Uno dei problemi relazionali del medico non superstizioso e in effetti quello di accettare l'incertezza (mai possiamo essere “certi” degli effetti di un nostro intervento o non intervento), e dare ciononostante sicurezza al paziente. Essere sicuri nell'incertezza insomma; e l'etimologia in questo ci aiuta: la “certezza” ha a che fare col “cernere”, nel senso di “fare una “cernita”, di distinguere, di separare il vero dal falso; la certezza esclude il dubbio. Aut Aut.

La “sicurezza”, l'essere sicuro ha invece a che fare con la “cura”, con la sollecitudine, con l'assenza di preoccupazione. Rassicurare il malato insomma non significa fornirgli false certezze, illuderlo, ma aiutarlo a esplorare e a mobilitare quelle risorse che gli permetteranno di far fronte alle difficoltà, rendendolo in ultima analisi più “sicuro”, più forte, più autonomo.

Nella medicina scientifica è forte il rischio, specie tra lettori frettolosi, di far coincidere la medicina basata sulle prove, sulle verifiche (la cosiddetta evidence based medicine) con quella che Bateson chiamerebbe “superstizione meccanicistica”. Un modello riduzionista della salute, della malattia, della vita che vede questi contesti come assemblaggi di “pezzi”: quando il medico, lo scienziato, avrà collocato o ricollocato al loro posto tutti questi “pezzi” il cosiddetto mistero della vita, della malattia, sarà compreso e risolto.

Questo modello semplificato si ritrova nella ben nota definizione di “salute” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità: uno *stato* di completo benessere fisico, mentale, sociale.

Quello che rende discutibile questa definizione è il termine “stato”: la salute infatti, come la vita, non è mai uno “stato”, qualcosa cioè di immobile, cristallizzato, surgelato... Essa è, al contrario, un continuo movimento, un’oscillazione costante, una danza.

Questo modello dinamico della salute, che oggi si usa definire “salutogenetico”, esclude che tra malattia e salute, tra sano e malato esista una cesura, una netta separazione, un aut/aut secondo cui *o si è sani o si è malati*; tertium non datur.

Il senso di fragilità, di paura, così largamente diffuso nella nostra cultura, produce diffuso malessere e collude con gli interessi di produttori di biotecnologie e di farmaci facilitando l’invenzione di malattie (il cosiddetto *disease mongering*), la sovradiagnosi e il sovratrattamento. Esami e farmaci superflui e spesso dannosi sono continuamente proposti e messi sul mercato, così che ogni disagio anche minimo può venir medicalizzato e “curato”. È questo il modello “patogenetico”, che portato all’estremo diviene quello del dottor Knock, secondo cui non esistono sani ma solo malati che non sanno di esserlo.

Il modello salutogenetico parte invece dal presupposto che le persone siano *contemporaneamente* più o meno sane o più o meno malate, a seconda di come *si collocano su di una linea continua che ha due estremità*: una che possiamo definire come “stato di perfetta salute” (quello, di fatto virtuale, della definizione OMS), l’altra coincidente con la -chiamiamola così- “catastrofe”. “Linea continua”, abbiamo detto: tra catastrofe e perfetta salute, non ci sono interruzioni né cesure: solo una costante oscillazione.

In qualunque punto di questa linea si trovi, anche se vicinissima alla catastrofe, la persona dispone comunque di risorse che le permettono di spostarsi sia pur di poco nella direzione della salute; non a caso Aaron Antonovsky, il sociologo che per primo ha parlato di salutogenesi, è giunto a queste conclusioni dopo avere studiato le modalità di adattamento che avevano permesso la sopravvivenza di persone vissute in condizioni al limite della catastrofe come i campi di sterminio nazisti.

Se il modello patogenetico poggia sulla terapia o al massimo sull'abbattimento dei fattori di rischio di malattia, quello salutogenetico, accolto poi dalla stessa OMS con la Carta di Ottawa del 1986, parla invece di "promozione" della salute: cioè di come scoprire o riscoprire, riattivare, mobilitare le risorse di cui ognuno di noi dispone, per spostarsi fino a dove è possibile in direzione della salute.

Una delle abilità fondamentali per un professionista della cura è quella di sapere aiutare la persona sofferente a esplorare, a utilizzare al meglio le proprie risorse facilitandone l'impiego.

Perché le risorse possano venire utilizzate occorre che esse siano *disponibili*; che gli stimoli che ne promuovono la mobilitazione siano, per la persona come per la collettività, dotati di senso, spiegabili, *comprensibili*; che infine esista una forte motivazione a metterle in gioco, a investirvi energie: è quella che si definisce "significatività":

Il fatto che una delle risorse sia l'esame clinico o il farmaco non significa che la medicina sia la principale o tanto meno l'unico intervento "serio" in tema di salute. Le risorse "salutogene" sono infatti indipendenti dai sistemi sanitari, che ne costituiscono solo uno dei molteplici elementi.

Le risorse di cui la persona può disporre sono in parte "esterne" (la famiglia, il contesto sociale l'ambiente, la cultura condivisa, le disponibilità economiche, la presenza di un sistema sanitario equo...) e in parte "interne": proprie cioè di quella particolare persona (risorse cognitive, emotive, fisiche, culturali...).

La superstizione meccanicistica, che prevede che la cura consista nel rimettere al loro posto i "pezzi" dell'assemblaggio guasto o smontato, mostra, nel modello salutogenetico, la sua eccessiva semplificazione. Un assemblaggio infatti non è un sistema, non è una rete dinamica di relazioni, mentre nel caso della salute e quindi degli esseri viventi è sempre con sistemi che abbiamo a che fare. In una visione sistemica nessuno può pensare che un singolo operatore (e neanche una categoria specifica di operatori) possa da solo intervenire sulle molteplici risorse "esterne"; quelle "interne" poi, le può mobilitare e maneggiare solo il soggetto interessato, sia pure con qualche aiuto competente.

In altre parole, ogni tentativo di riassemblare ciò che si è scombinato o smontato pecca di incompletezza in quanto non è "cura" ma semplice meccanica.

Non è che questa linea d'azione vada regolarmente incontro a insuccessi: al contrario, la possibilità di trattare un certo numero di malattie, e soprattutto di sintomi, nasce dal modello meccanicistico; un modello metaforico però: nessun medico o chirurgo per quanto ingenuo penserà davvero che il cuore sia null'altro che una semplice pompa, i polmoni banali mantici, i vasi sanguigni tubi, e così via, come se non si trattasse di complessi di cellule e di *strutture viventi interconnesse* e funzionalmente variabili.

Se ci si limita ad una interpretazione patogenetica della malattia, è lecito domandarsi perché, almeno nel nostro mondo da ricchi, più esami si fanno, più interventi si eseguono, più farmaci si consumano e più si accrescono il numero dei “malati”, il disagio, la sofferenza. Medicalizzare la vita può essere che contribuisca a renderla più lunga ma non la rende più “sana”.

Ci si può a questo punto domandare: in che cosa una visione sistemica della cura può risultare vantaggiosa per la salute, sia individuale che collettiva?

I sistemi, come si è detto, non sono “cose”, sono reti di relazioni che a loro volta non sono “cose” e non sono quindi visibili, pesabili, misurabili, descrivibili se non in linguaggio metaforico, poetico, musicale. Noi creature viventi viviamo e ci muoviamo in una realtà irrimediabilmente lineare; lineare è il linguaggio scritto e parlato, lineare la stessa vita biologica tra nascita e morte: per noi, a differenza dei sistemi, vale purtroppo la freccia del tempo. Perciò i sistemi, atemporalmente, restano per noi invisibili.

Allora come è fatto un medico con “visione sistemica”? Come lo si distingue da un bravo, educato, competente medico “normale”?

Mi pare ingenua l’idea che sia possibile fabbricare, magari con apposita disciplina accademica, un medico “sistemico”, uno “psicosocioecom medico”: appiccicando insieme infatti elementi singoli o frammenti lineari non si ottiene un sistema ma un confuso guazzabuglio, sempre rigorosamente lineare, però.

La difesa della salute (intesa in termini clinici) richiede medici, specialisti, chirurghi, possibilmente competenti, capaci di *agire in una realtà lineare con una visione sistemica*: consapevoli cioè in ogni momento che essi intervengono su una minima, minimissima parte di un sistema complesso di cui non sanno e non sapranno mai niente. Non un “operatore sistemico”, quindi, ma un medico, un professionista della cura che oltre alle competenze specifiche possieda delle basi culturali umanistiche, relazionali che gli permettano di operare con un atteggiamento mentale che io definirei “umile”. Competenze umanistiche che nascono non tanto da qualche esame universitario di narrativa o di filosofia quanto dall’aver docenti e maestri che creano e promuovono un *clima* culturale umanistico.

Dico e sottolineo “umiltà”, perché la pretesa di osservare e descrivere “oggettivamente”, unilateralmente “da fuori”, senza reciprocità, delle persone o in generale dei sistemi viventi-, essendo una pretesa priva di senso-, è semplicemente violenza, sopraffazione e abuso di potere.

Ma a questo punto facciamo una interessante scoperta: se non può essere osservato “dall’esterno” da parte di un soggetto singolo, perché un punto di vista “esterno” non può esistere, un sistema può essere visto e perfino descritto *nella reciprocità*: non dall’inesistente punto di vista di un osservatore ma da uno “strano punto di vista” che è la *relazione* tra le persone che costituiscono gli elementi del sistema stesso. In altre

parole: né IO né TU siamo in grado singolarmente di descrivere la relazione che esiste tra noi, ma TU e IO (e NOI e VOI) *insieme* sì.

Ciò che voglio dire è che un sistema vede se stesso e si esprime nella contemporanea, variabile molteplicità di messaggi che fluiscono tra gli elementi. Perciò una tecnica lineare e soggettiva come il linguaggio (tranne, forse nel caso di talune composizioni poetiche) appare inadeguata a dar voce al sistema, alle relazioni, a differenza ad esempio della musica, che è stata infatti definita un “protolinguaggio olistico” e che, secondo Bateson, è in grado di attivare una porzione della mente assai maggiore di quanto ammetterebbe la pura coscienza razionale.

Prediamo ad esempio una sinfonia di Mahler... Se leggiamo separatamente lo spartito dell’ottavino, del fagotto, della viola, del timpano..., di quella grandiosa architettura orchestrale non capiremo niente, né noi né l’esecutore quando studia la sua parte a casa. Ma durante l’esecuzione collettiva ogni musicista avrà consapevolezza dell’intreccio di messaggi, del fluire del suono tra gli strumenti, della complessità dell’insieme, della sua propria esistenza non più come voce di un singolo strumento ma in quanto elemento di sistema; e il direttore, come del resto ognuno degli ascoltatori che disponga della partitura, coglierà il disegno, l’architettura, il significato dell’insieme e udrà il sistema *parlare* con una voce che non è una somma di suoni strumentali ma un **flusso di relazioni tra i diversi strumenti** e tra essi e il direttore.

Già, il direttore. Colui che a prima vista detiene il potere, al punto che uno dice: “Preferisco la Nona di Celibidache a quella di Furtwangler... Il Rosenkavalier di Carlos Kleiber a quello di Karajan...” Beethoven, Richard Strauss restano quasi sullo sfondo, l’autorità è, sembra essere, il direttore...

Non è così: *anche il potere è una relazione*; può sembrare unidirezionale ma, come dice Bateson, il potere unilaterale non esiste: dopo tutto “l’uomo al potere” dipende dall’informazione che continuamente deve ricevere dall’esterno e reagisce a quell’informazione nella stessa misura in cui “fa” in apparenza accadere le cose.

Il direttore dà e riceve informazioni, messaggi dall’orchestra, e il risultato è più o meno emozionante a seconda della abilità del direttore non solo di mettere in gioco la sua competenza tecnica, il suo stile, le sue emozioni, ma soprattutto di cogliere i messaggi che riceve e di rispondere ad essi. Le prove servono a mettere a punto questo scambio relazionale finché orchestra e direttore comunichino in modo armonico, equilibrato. Ogni potere, per quanto appaia assoluto, è una negoziazione

**Nella relazione di cura a “dirigere l’orchestra” è il medico o comunque il professionista,** proprio in quanto tale. Se però si convince (e spesso avviene) di essere il solo e unico padrone della relazione, i messaggi andranno in una direzione soltanto: verso il paziente e i suoi familiari, e in pratica non ci sarà nessuna relazione. Il “suono” di questa “orchestra” risulterà incompleto, distorto, stonato.



Se non c'è scambio di messaggi, se mancano reciprocità e negoziazione, non esiste né equilibrio né armonia né relazione di cura né in ultima analisi rispetto; per abile che sia il medico sul piano tecnico, l'esecuzione, il risultato del suo intervento, risulterà banale, mediocre, insoddisfacente per tutti; libero poi ognuno di darne la colpa all'altro.

In un'orchestra sinfonica però, sia il direttore che gli orchestrali conoscono ed eseguono la stessa partitura; in un contesto di cura, in cui una partitura non c'è, capita invece che risuonino sequenze melodiche talmente diverse da divenire sgradevolmente dissonanti.

Il medico-direttore autoritario dirà: "L'esecuzione giusta è una, una sola, ed è la mia"; farà di tutto per imporla e spesso in apparenza ci riuscirà. Risultato scadente e clima conflittuale.

Il vero maestro cercherà invece di rendere per quanto possibile armonici suoni in apparenza dissonanti, ciò che richiede la collaborazione di tutti e un clima cooperativo e sereno; solo così verrà data voce al sistema, che potrà in tal modo indurre meraviglia ed emozione, esprimere fascino e bellezza.

### La bellezza è sistemica.

Ciò non avviene nel modello meccanicista: assemblare pezzi in base a uno schema non dà "voce" all'assemblaggio, ciò non è richiesto; la competenza del tecnico è sufficiente a far funzionare la "macchina", il che è certo un buon obiettivo ma, se trasportato nel mondo vivente, risulta alquanto limitato: ottima cosa infatti che la macchina *funzioni*, ma l'aspetto davvero importante è: a che (a chi) *serve* la macchina?"

E questa è una domanda sistemica.

In un sistema vivente occorre ricercare (o forse immaginare) di volta in volta l'armonica polifonia delle relazioni; e dico di volta in volta in quanto non esiste uno stato di equilibrio stabile da raggiungere. Allo stesso modo, una sinfonia di Bruckner diretta da Bernstein può sembrare ma non è la stessa se è diretta da Abbado; e Bernstein e Abbado stessi non la eseguiranno allo stesso modo nel corso del tempo e in momenti diversi, perché non solo loro ma l'interazione con la orchestra, con le diverse orchestre, seguirà a modificarsi. Se così non fosse il direttore potrebbe essere sostituito da un metronomo.

Analogamente, il medico non autoritario, pur accettando la responsabilità etica di "dirigere" la relazione, sarà in ogni momento consapevole che essa varia nel tempo e che la sua apparente autorità è di fatto una continua negoziazione, in quanto *deve* tenere conto dei messaggi che gli arrivano dall'altra parte e deve armonizzarli tra loro e con i suoi. La relazione di cura, come ogni relazione, è uno scambio o meglio una rete di scambi, che coinvolgono medico e paziente, e riguardano quindi la storia, la cultura, i sistemi di riferimento, le capacità cognitive ed emotive dell'uno e dell'altro in quel particolare contesto in quel particolare momento... Scambi che non si svolgono in un ambiente neutro (che non esiste) ma in un ambiente specifico che a sua volta influenza e

dà significato alla relazione stessa. È la costante consapevolezza di ciò che definiamo “visione sistemica”, ed essa non si apprende all’università neanche passando con successo gli esami; si apprende lavorando “a bottega”; perché non è una disciplina ma un atteggiamento mentale che va appreso e costruito *in un contesto relazionale*. Certo, occorre un buon maestro, e i buoni maestri (lasciamo perdere i grandi maestri) sono rari. Neanche loro, spesso, hanno avuto bravi maestri.

Curare non è dunque riassemblare “pezzi” di macchina in disordine, non solo almeno. La migliore metafora che conosco sulla differenza tra “curare” e “aggiustare” ci viene da lontano: addirittura dal XII secolo.

**Ildegarda di Bingen** (1098-1179) era una monaca alquanto particolare: musicista, poetessa, filosofa, linguista, medico, fu autrice di testi di medicina di notevole interesse ancora oggi.

Secondo Ildegarda Il corpo non può esser paragonato a una macchina, similitudine questa che divenne dominante qualche secolo dopo e rimase in auge fin quasi ai giorni nostri. **Il corpo somiglia invece a una pianta e il medico a un giardiniere.**

Se una macchina si rompe non può aggiustarsi da sola; se una pianta viene danneggiata o ferita essa può in larga misura curare e guarire se stessa senza interventi esterni (la *vis medicatrix naturae*).

Il medico-giardiniere è quindi molto diverso da un medico-meccanico: se una pianta soffre non si precipita a caricarla di interventi, di rimedi, di pesticidi ma comincia col domandarsi (e a domandarle!): “Di cosa ha bisogno? Più sole? Più ombra? Più acqua? Un terriccio diverso? Nutrimento? Eliminazione di parassiti? Quali sono le sue risorse naturali che possono venire esplorate e incentivate?”

Gli interventi non emergono quindi dal giardiniere ma dalla relazione della pianta col giardiniere. Talvolta è la pianta stessa a suggerirglieli, talaltra è lui a proporli in base a ciò che osserva e conosce.

La pianta sa cose che il giardiniere ignora. La relazione tra i due è la “cura” e, come ogni relazione, non è “scientifica” (è irripetibile, variabile, modificata dal contesto e dal tempo, non riproducibile, non misurabile...).

**Scambio. Reciprocità. Armonia. Equilibrio.**

Credo che Ildegarda con questa metafora premoderna abbia molto da insegnarci su ciò che significa essere un medico con visione sistemica.

Una volta definita la salute come un prodotto sociale e culturale e non come un fatto esclusivamente biologico, può sembrare che applicare questo paradigma alla salute pubblica sia abbastanza agevole. In effetti siamo in genere consapevoli che la collettività non è una semplice somma o agglomerato di strutture biologiche, di corpi

più o meno sani o malati: se così fosse la salute pubblica sarebbe un dato statistico basato sulla percentuale di diagnosi cliniche: più diagnosi uguale più malati... Percentuale che nell'ipotesi medicalizzante del dottor Knock raggiungeva quasi il 100%.

Oggi siamo invece convinti che la salute riconosca, oltre agli aspetti biologici, numerosi determinanti diversi: storici, culturali, familiari, lavorativi, economici, sociali, ambientali, climatici, demografici...

Da qualche decennio poi è diventato quasi di moda distinguere tra "malattia" vera e propria (la diagnosi, in inglese "disease") e la percezione soggettiva di malessere, disagio, sofferenza (in inglese "illness").

La percezione soggettiva di malessere si può esprimere in modo vago e impreciso oppure attraverso messaggi del corpo a cui non corrispondono apparenti alterazioni anatomofisiologiche. Siamo oltre Morgagni: non tutte le malattie hanno "sedi" specifiche nell'organismo, ma buona parte di esse ha "sede" (se così si può dire) nella *relazione* tra organismo e ambiente esterno.

Curiosamente, nonostante siano ben noti i sopracitati aspetti multicausali del malessere, è evidente un costante massiccio sforzo economico e culturale per trasformare per quanto possibile ogni disagio in patologia clinica, a costo di inventare puramente e semplicemente le diagnosi.

Di qui l'offerta, ampiamente diffusa da una propaganda esclusivamente commerciale, di strutture (ospedali, cliniche, ambulatori) pubbliche e private, di strumenti diagnostici, di farmaci. In una cultura di questo genere, i cittadini vengono invitati, spinti, persuasi a credere che sia buona cosa affidare alla "scienza medica" qualsiasi disturbo; e poiché nella vita i momenti del tutto privi di qualche tipo di disagio sono alquanto rari, l'ipotesi del dottor Knock è verificata: è "normale" essere malati, e per fortuna esiste la medicina che produce e vende la merce salute.

Nel modello Knock, tuttora il più diffuso almeno nell'immaginario collettivo, la salute è un problema medico e spetta alla medicina proteggerla e difenderla. Al benessere dei singoli e della popolazione ci pensa insomma il sistema sanitario; ai cittadini è richiesta solo una completa delega e una sterminata fiducia.

Ma è davvero questo il modo migliore per produrre salute o sono possibili altri percorsi meno servili?

Nel 1969 il lavoro collettivo di un gruppo di lavoratori e di tecnici (medici e non) propose un modello centrato sulla prevenzione e sulla partecipazione; l'aspetto innovativo non era tanto l'individuazione di fattori di rischio (prevenzione primaria), in questo caso nell'ambiente di lavoro, ma il fatto che essi fossero classificati e studiati a partire dall'esperienza diretta e condivisa (dal cosiddetto gruppo omogeneo) dei lavoratori stessi a tali rischi sottoposti.

Si trattava di un primo passo (tuttora ben lontano dal diventare un modello dominante) verso la gestione diretta (non delegata) della salute da parte dei cittadini e in prospettiva della salutogenesi.

In una realtà patogenetica però, anche la prevenzione è una merce che si può vendere bene, l'importante è perciò che la produzione di essa rimanga saldamente nelle mani di chi ne fa commercio. Non a caso **la cultura dominante identifica la prevenzione con la diagnosi precoce**: screening e checkup sono merci lucrose prodotte e controllate dalla medicina, e sono molto utili a distogliere l'attenzione dall'aspetto sistemico della salute, che proprio in quanto sistemico coinvolgerebbe la popolazione: col pericolo che i cittadini si rendessero conto che non pochi dei fattori di rischio sono prodotti da quelli stessi che affermano di combatterli. La visione lineare è potenzialmente gerarchica e autoritaria; la visione sistemica al contrario crea autonomia, libertà.

Tornando al modello di prevenzione vera, quella primaria cioè, modello proposto dal gruppo di lavoratori e di tecnici, esso ha portato a identificare quattro gruppi di fattori nocivi; esaminandoli facciamo la sorprendente scoperta che essi non valgono soltanto in fabbrica ma definiscono la vita quotidiana di milioni di poveri cristi in tutto il mondo.

**Il primo gruppo** comprende i fattori presenti anche **nell'ambiente** dove l'uomo vive al di fuori del lavoro (sul territorio, nelle case di abitazione): luce, rumore, temperatura, ventilazione, umidità...

**Il secondo gruppo** comprende i fattori che all'epoca si ritenevano caratteristici **dell'ambiente di lavoro**; purtroppo oggi sappiamo che essi sono largamente diffusi anche nell'ambiente di vita, talché primo e secondo gruppo di fattori vengono quasi a coincidere: si tratta di, gas, vapori, fumi, polveri... Sono ben noti ad esempio i nefasti effetti dell'amianto anche al di fuori e lontano dalla fabbrica, e gli effetti cancerogeni dei rifiuti industriali tossici sversati nell'ambiente come nella cosiddetta terra dei fuochi. Potremmo perfidamente aggiungere le radiazioni ionizzanti dovute all'eccesso di esami radiologici superflui...

**Terzo gruppo** di fattori nocivi: **il lavoro** stesso. Mentre il lavoro fisico tende in linea generale a ridursi, aumenta il lavoro nervoso e mentale; i suoi possibili effetti nocivi sono legati alla produzione di fatica ed al potenziamento della nocività dei fattori del primo e del secondo gruppo. La fatica in generale è contemporaneamente fisica e mentale perché la concentrazione mentale e la tensione emotiva accompagnano sempre lo sforzo fisico prolungato, e l'affaticamento nervoso e mentale ha a sua volta conseguenze sul rendimento muscolare.

Il **quarto gruppo** di fattori nocivi comprende ogni condizione di lavoro, diversa dal lavoro fisico, capace di provocare effetti stancanti, ad es.: monotonia, ritmi eccessivi, saturazione dei tempi, ripetitività, ansia, responsabilità, posizioni disagiati, ecc. Questo bagaglio di fattori nasce con l'organizzazione scientifica del lavoro e si ripercuote nella vita quotidiana. Infatti, in questa fase, ogni libertà di iniziativa del

lavoratore viene annullata, tempi, ritmi di esecuzione e pause sono predeterminate. È quella che è stata definita ironicamente “mcdonaldizzazione” del lavoro (e della vita).

Si noterà che il quarto fattore è strettamente legato alla soggettività, alla percezione del malessere e del disagio: non sorprende che esso venga in genere prontamente trasformato in malattia con tanto di diagnosi, e trattato con farmaci o magari con psicoterapie. La medicina è sempre stata un prezioso tranquillante sociale.

In una visione sistemica, ci si sposta più o meno verso il versante salute a seconda di quanti fattori nocivi si riesca a ridurre o ad abbattere. Poiché i fattori nocivi sono largamente di natura ambientale, salta agli occhi che i medici e in genere gli operatori sanitari sono solo alcuni degli innumerevoli tecnici impegnati nella produzione di salute. **La salute insomma è un concetto sistemico, non sanitario.**

Ciò non significa che estrapolarne e studiarne segmenti lineari inserendoli in catene di cause e di effetti sia sempre inutile o sbagliato: al contrario, questa manovra ha consentito numerosi importanti progressi. Isolando per esempio le caratteristiche di un particolare tipo di febbre definita “malaria” è stato possibile via via escludere che essa fosse causata da congiunzioni astrali nefaste o, appunto, da “mala aria”, dai “miasmi” delle paludi; un percorso che ha permesso di individuare come “cause” non più le paludi ma un certo tipo di zanzara e in seguito un certo genere di sporozoi: il plasmodio.

Se però vogliamo combattere la malaria, occorre per forza aprirsi alla visione sistemica. Si può infatti

- Bonificare le paludi
- Spostare le case e i centri abitati in luoghi più salubri
- Eliminare le zanzare
- Eliminare il plasmodio
- Ricercare la collaborazione dei cittadini: punto questo fondamentale. Senza coinvolgimento attivo della popolazione si fa poco o niente.

I primi due interventi coinvolgono decine di tecnici e di operatori non medici; il terzo coinvolge principalmente biologi ed entomologi; il quarto richiede l’impegno dei medici e dei ricercatori di Big Pharma.

Risulta evidente che, quando si tratta di prevenzione primaria o a maggior ragione di promozione della salute, il sistema sanitario è solo uno e non necessariamente il più importante dei protagonisti.

Gli interventi dovrebbero essere coordinati tra loro (ecco la rete di relazioni), tenendo conto che ognuno di essi provocherà nell’intero sistema modificazioni in gran parte imprevedibili: prosciugare le paludi avrà senza dubbio effetti sull’ecosistema, così come l’uso di insetticidi; i farmaci possono avere e in genere hanno effetti collaterali

indesiderati; lo spostamento dei luoghi abitativi sradica comunità ben stabilite e può avere effetti nefasti sul piano economico e sociale...

Una volta di più si osserva che non è possibile osservare e manipolare il sistema a partire da uno specifico punto di vista: esso diviene in qualche modo percepibile e (forse) positivamente modificabile solo *dall'interno della rete di relazioni*, tramite il flusso costante di messaggi e di informazioni che mettono in comunicazione reciproca e biunivoca i tecnici tra loro e coi cittadini.

Il coinvolgimento della popolazione non quindi è solo una prova di democrazia, è una scelta necessaria per l'efficacia stessa degli interventi; la pretesa di mantenere nelle mani dei tecnici la completa gestione della salute è innanzi tutto una truffa epistemologica.

Appare evidente che le semplificazioni, per quanto spesso necessarie, sono appunto semplificazioni, scorciatoie mentali, euristiche, scelte "come se", contesti sperimentali ben lontani dalla complessità della vita: confondere con essa quelle semplificazioni può produrre catastrofi:

Un esempio della potenziale distruttività delle semplificazioni è dato dall'attuale vizio tossico di tradurre la salute in termini di costi.

Intendiamoci, il problema della spesa sanitaria non è certo secondario: resterebbe un problema serio anche se il sistema sanitario fosse (come non è) privo di sprechi, inefficienza, corruzione.

Ma se facciamo della spesa il parametro centrale se non l'unico per valutare efficienza ed efficacia in sanità, cadiamo in una pericolosa trappola da cui uscire diventa impossibile. Se infatti si perde di vista la complessità sistemica ci si trova bloccati in una situazione di stallo, in cui ogni scelta o non scelta appare dannosa e perdente.

A proposito di semplificazioni e di tagli di spesa è stata proposta una spiritosa metafora, che ci riporta al concetto musicale di armonia.

Si tratta della "Valutazione tecnico economica di una prestazione di servizio". Oggetto: la sinfonia "Incompiuta" di Schubert eseguita da un'orchestra sinfonica.

Considerazioni degli esperti: "Per un periodo piuttosto lungo i 4 suonatori di oboe non hanno avuto nulla da fare. Il loro numero dovrebbe essere ridotto e il lavoro distribuito su tutta l'orchestra, eliminando così gli sprechi di attività.

Tutti i 12 violini suonavano esattamente le stesse note. Questo sembra un'inutile duplicazione e il personale di questa sezione dovrebbe essere drasticamente ridimensionato. Se fosse richiesto un gran volume di suono, si potrebbe ovviare con potenti amplificatori... Se tutti i passaggi ridondanti fossero eliminati, il concerto

potrebbe essere ridotto da 2 ore a 2 minuti. Se Schubert avesse prestato attenzione a questi semplici punti, probabilmente avrebbe avuto il tempo di terminare la sinfonia”.

Le semplificazioni, ancorché basate su buone intenzioni e su scelte di “ottimizzazione”, possono –in assenza di visione sistemica- risultare distruttive.

Da tutte queste divagazioni sembra emergere un’unica possibile risposta alle domande che definivano il tema della monografia: “È possibile, almeno in ambito medico, parlare di non-direttività? Come distinguiamo un contesto improntato alla non-direttività?” La possibile risposta sembra ovvia: la visione sistemica, la consapevolezza del fatto che non possiamo “osservare” un sistema senza diventarne elemento, definiscono il contesto e di conseguenza il medico non-direttivo. Etimologicamente in effetti, “dirigere” significa “porre una cosa in linea retta”, “dare una direzione diretta” (possibilmente la più rapida e priva di soste).

Ora, sappiamo bene che la sistemica aborre la visione lineare; e in effetti un treno “diretto” dovrebbe andare senza deviazioni e con pochissime fermate da A a B.

Perché ciò avvenga, occorre che il treno sia condotto da un guidatore (sia esso interno o esterno al mezzo), a cui i passeggeri devono giocoforza affidarsi: il loro intervento non è richiesto né previsto.

Guidatore... “Colui che conduce” ... In molte lingue il termine suona preoccupante. “Duce”, “Führer”, “Caudillo” “Guida suprema” ... Anche “leader” può risultare ostico; e certo nessuno di questi termini appare opportuno in una relazione di cura.

E tuttavia, esiste anche qui un rischio di semplificazione: affermare che il medico sistemico non è per definizione “direttivo” sembra bello ma è poco realistico. Nella pratica, infatti, una persona si rivolge al medico con una precisa richiesta: “Dottore, sto male... Mi sento male... Ho male... *Cosa devo fare?*”

Già. E qualsiasi risposta il medico dia alla domanda “Cosa devo fare per star meglio?” (e una risposta deve darla: l’etica della professione lo impone), non può che essere in qualche modo direttiva: sia che dica “Non faccia niente” sia che prescriva decine di esami clinici. La professione di medico è in sé prescrittiva.

Utilizziamo in proposito ancora la metafora del medico giardiniere e del medico meccanico: facciamo un balzo di nove secoli e passiamo da Ildegarda di Bingen a Pia Pera, costruttrice di giardini e autrice di un fascinoso libro sui rapporti tra malattia e giardino.

Quanto Pia narra ci fa riflettere sul fatto che il giardiniere, allorché si prende cura di una pianta, ha sempre in mente il giardino nel suo complesso. Questo è ben evidente nel cosiddetto giardino all’italiana, rigido e geometrico, in cui le piante vengono deformate e modificate per diventare quasi meri oggetti ornamentali; ma anche nel fascinoso giardino “all’inglese” in cui la natura sembra svilupparsi liberamente dando al giardino

un'aria romanticamente selvaggia, la mano del giardiniere, per quanto meno visibile, è sempre ben presente.

Il giardino è un sistema: lasciato a sé smetterà in breve di essere un giardino e la natura riprenderà il sopravvento. **La natura non ha obiettivi né etici né estetici**: in un ambiente naturale l'equilibrio può prevedere che alcune specie prevalgano sulle altre fino a provocarne l'estinzione. L'umidità, il calore, la luce, l'esposizione ai venti, il clima, selezionano spietatamente chi è più adatto.

Il giardiniere costruisce un equilibrio che, per quanto possa apparire spontaneo, è in realtà guidato, condotto, accompagnato.

Il giardiniere insomma modifica il sistema, ma lo modifica in un modo del tutto particolare: non impone il suo progetto, non pretende che le piante si sviluppino in un ambiente inidoneo; neanche lascia che quelle più fragili vengano soffocate dalle cosiddette "erbacce", che estirpa non di rado con dispiacere: l'energia incredibile per la sopravvivenza delle erbacce fa spesso tenerezza...

**Il giardiniere evita l'accanimento terapeutico**: se una pianta sta morendo, spesso la lascia tranquillamente andarsene.

L'equilibrio del giardino è una costruzione condivisa: le piante fanno delle cose che il giardiniere ignora, e lui sa delle cose che le piante non fanno. Ne deriva che il giardiniere esplora le risorse che le piante possiedono per facilitarne lo sviluppo e l'impiego a loro vantaggio; e impiega altre risorse delle quali lui solo ha conoscenza.

Insomma, il giardiniere modifica il sistema creando un nuovo equilibrio non spontaneo, ma coinvolgendo tutti gli elementi nel cambiamento: cambiamento che non può che essere compatibile con le risorse esistenti e con le relazioni che legano gli elementi del sistema tra loro, con l'ambiente, col giardiniere stesso.

È questo che fa il medico sistemico. Non può non proporre cambiamenti, ma lo fa tenendo conto delle risorse del paziente: sia quelle interne, proprie di quel particolare soggetto, sia quelle esterne provenienti dalla famiglia, dalla società, dalla cultura, dallo stesso medico, dall'ambiente. In altre parole facilita al paziente la esplorazione, la ricognizione delle proprie risorse; gli ne propone altre inerenti alla sua propria competenza tecnica; lo aiuta a ritrovare uno stato di equilibrio per quanto provvisorio, senza tuttavia costruirglielo lui e imporglielo.

Non meccanico insomma, né giardiniere "all'italiana", se mai giardiniere "all'inglese" che cerca di ricostruire, sia pur con le necessarie modifiche, l'equilibrio e l'armonia della natura.



## **Bibliografia consigliata**

Sul percorso della medicina dal *grooming* allo sciamano, cfr Fabrizio Benedetti, 2012, Il cervello del paziente, Fioriti ed. Roma.

Sull'Evidence Based Medicine: 1996, David L Sackett, William M C Rosenberg, J A Muir Gray, R Brian Haynes, W Scott Richardson, Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ 1996; 312:71

Sulla salutogenesi: una buona sintesi italiana sull'argomento è: Ilaria Simonelli e Fabrizio Simonelli, Atlante concettuale della salutogenesi, 2010, FrancoAngeli, Milano.

Su Ilaria di Bingen (di cui curiosamente esiste un testo tradotto in inglese per e-book), è importante la lettura che ne dà Victoria Sweet, medica e filosofa: 2012 God's Hotel, Riverhead Books, New York.

Sul giardino: Pia Pera, 2016 Al giardino ancora non l'ho detto, Ponte alla Grazie, Milano.