

Duilio Traversari

I luoghi della cura: l'espressione della relazione sulla scena organizzativa

Da diverse prospettive si sottolinea l'importanza della relazione, dell'incontro del medico con il paziente: incontro che crediamo non riducibile alla tecnica acquisita ed acquisibile, in quanto esso è quello spazio della *poiesis* intesa come l'agire riflessivo in cui ascolto e comprensione, attenzione e pazienza, parola e gesto convengono a definire la presenza di cura nella sua espressione verso l'altro, il paziente. A sua volta il paziente, che esprime attraverso il sintomo il fondo stesso della vicenda esistenziale, è esposto all'intreccio di differenti espressioni: il medico, l'infermiere, il tecnico di laboratorio, l'ausiliario, nel loro disporsi concorrono a mettere in scena una rappresentazione in cui il paziente è insieme protagonista e pubblico.

Quiete, moderazione, sottili silenzi sono le ancille espressive che dovrebbero accompagnare il dialogo del paziente con sé stesso e con l'altro: ma le sottili forme sono spesso dimenticate proprio nel quotidiano, dove è prediletta la cifra espressiva della vitalità, della potenza, della rincorsa, del fare preoccupato, della emergenza, quasi ad affrettare, perifrando Rilke, la guarigione dal dolore:

«Noi, che sprechiamo i dolori.
Come li affrettiamo mentre essi tristi, durano,
a vedere se finiscono, forse. E sono invece
la fronda del nostro inverno, il nostro sempreverde cupo
uno dei tempi dell'anno segreto, non solo
tempo, – son luogo, sede, campo, suolo, dimora»¹.

Nell'intimo ognuno sente, quando si è pazienti, il sordo parlottare del corpo, il martellante fastidioso dolore all'unisono inchiodarci alla condizione del domandare, dell'invocare, cui fa eco una difficile scommessa: quella di comprendere il senso di ciò che sta accadendo, di rintracciare il senso, fuori da ogni infantile senso di colpa o accomodante determinismo. Una comprensione del dolore che visitando, inaspettato, modifica l'esserci nel mondo trasformando la percezione in profondità.

La cura, la sua articolazione espressiva, per coniugare la *técné* alla *poiesis*, ha da disporsi verso il dolore come uno dei luoghi e dei tempi attraverso cui il paziente, nella sua esistenza, scorge nuovi orizzonti di significato fino ad allora velati. Solo a questa condizione l'autentica cura può riemergere dall'ossessione di una pratica onnipotente di guarigione

in cui i mezzi, anche i più raffinati, perdono il loro status di mediazione, di medium, di ponte verso la vita del paziente, per divenire gli *idola* di una illusoria immortalità.

Ciò non significa abdicare alla speranza di una riabilitazione dallo stato della malattia, ma limitare la sottile proiezione salvifica che caratterizza da un lato l'odierno sapere medico, dall'altro la *forma mentis* del paziente, disposto innanzitutto a rimuovere il più possibile ogni ascolto per una pronta ed efficace guarigione. Il paziente solitamente chiede questo, ma ciò che chiede, non sempre corrisponde alla vera cura. È basilare che il sapere medico ricomprenda ciò che è stato abbandonato nella sua arte e scienza: la guarigione è uno degli obiettivi della cura, non è la finalità stessa del suo procedere.

Il termine latino cura è legato al greco *te-tièmai* sono inquieto, abbattuto. Curare, attivare processi terapeutici, significa innanzitutto porsi in ascolto dell'essere inquieto ed abbattuto che domina il malato. L'espressione della terapia è apertura alla comprensione dell'inquietitudine, dell'abbattimento quali dinamiche di significato per l'individuo malato, patente, ma non ancora paziente.

La malattia e il dolore che si accompagna sono una tra le esperienze attraverso le quali l'uomo è chiamato a una riconsiderazione della propria identità in una alternanza di fasi acute e fasi di cronicità².

Il dialogo tra curante e paziente, la sua possibilità espressiva si rende possibile solo a condizione della comprensione della malattia come altro polo significativo, corpo e ambito stesso dell'incontro. Tale condizione implica la rielaborazione profonda dell'episteme che attualmente percepisce la dinamica della malattia e del dolore ad essa implicito. Sia il curante che il paziente abitano oggi un'episteme della malattia e della salute che definisce la prima come "disfunzione", "incapacità", "disequilibrio", "disturbo" in relazione alla trascendenza concettuale di salute intesa come «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità»³.

Nella posizione di questo sguardo la dinamica di cura è ridotta a strategia di esclusione, di riduzione, di controllo sull'insorgenza del possibile disturbo, del vivere assunto nel suo stato di lucente desiderio di perfezione, di efficienza e di efficacia.

Curante e paziente dialogano e agiscono mediante una relazione tesa ad eliminare il disturbo che assorbe ogni loro attenzione, ogni loro fatica e sottilmente rende marginale il significato e il senso del manifestarsi del disturbo e la sua interpretazione di senso.

In questa forma cade l'ascolto dell'essere inquieto ed abbattuto che parla nel misterioso emergere della malattia al di qua e al di là di una sua preziosa anamnesi, diagnosi e terapia. La relazione di ascolto diviene surplus, decorazione estetizzante che nulla aggiunge alla strategia chirurgica del disturbo. La forma della relazione possibile e necessaria è quella tecnica in senso stretto, della *técne* intesa come quel fare senza pensiero che agisce su cosa inerte, *res estensa* senza anima. Al pari (in questo territorio) la forma di relazione auspicata è di natura pragmatica dove con pragma si declina il fare ad un fine, vale a dire la ricostituzione dello stato precedente il disturbo, la riconquista della salute, la riabilitazione.

Ciò che viene interdetto è proprio la relazione autentica del dialogo tra l'uno e l'altro, quell'accadere poietico, dove *poiesis* è l'azione conoscitiva che si produce nell'incontro tra il Tu e l'Io, tra il Tu, l'Io ed il disturbo. Nel loro ininterrotto eco, nella risonanza che trasforma le identità iniziali partecipi all'incontro terapeutico.

La forma poetica della relazione non esclude la forma tecnica e pragmatica del donare ma la rinnova e la arricchisce modificando, da un lato la percezione della cosa da *res estensa* a evento significativo e misterioso nel suo accadere e divenire, dall'altro spostando l'accento da un fine di desiderio trascendentale, l'evenire della malattia, a un dialogo di riflessione del suo visitarci e trasformarci.

Ciò implica un'apertura all'essere della malattia e del dolore come esperienze di relazione e di conoscenza; apertura che cozza con il pensiero dominante, la *doxa* e l'*episteme* contemporanei, che sono rigidamente ancorati alla logica del dominio sulle cose come univoco modo di conoscenza degli enti e dell'Essere.

Dominare la malattia come cosa significa appunto ridurla a disturbo, a ente autonomo che nulla ha a che fare con l'altro ente, la salute, il benessere. La cura allora non può che essere e definirsi come quello spazio in cui è ridotto tutto ciò che la malattia pone in relazione con il corpo vivente, nel desiderio irrinunciabile di una perfetta condizione di benessere.

Nel desiderio prescrittivo del benessere si esclude la molteplicità tonale con cui l'essere si manifesta, si valorizza come positivo ciò che converge al desiderio e all'unisono si negativizza ciò che è divergente dal sentire desiderante. Quale aggettivazione di qualità dell'essere, il benessere è concetto trascendente e giudicante l'immanenza dell'esser-ci e, in questa direzione, pregiudica l'ascolto e l'incontro con le cose che accadono.

L'essere, quale dimensione del mistero medesimo, non può essere aggettivato pena appunto il pre-giudicare gli eventi che si fanno a noi, umani, incontro. Aggettivare l'essere è l'azione del pensiero che identifica l'essere con l'esserci umano, vale a dire quella posizione antropocentrica dell'essere che inaugurata dall'Umanesimo quattrocentesco e successivamente rafforzata dal *cogito ergo sum* ha trovato piena legittimazione nell'azione della Dea ragione tardo settecentesca fino a giungere al drammatico oscillare tra un'istanza umana troppo umana ed una superoministica.

Il *logos* come quel discorso che intercorre tra l'uno e l'altro ponendosi come elemento mediatore e terzo non riducibile all'uno o all'altro diviene logica dell'uno contro l'altro, del potere nominativo dell'identità del benessere di contro al potere disturbante della malattia, del suo spaesare il disegno stesso dell'identità permanente e desiderante dell'uomo di poter dominare la vita. Eludere il male, la malattia come non senso per l'essere umano significa precludere la possibilità dell'espressione della cura e del suo intimo *logos*:

«Il simbolo archetipico del guaritore è, infatti, il medico divino che porta in sé il male che guarisce. Il centauro Chirone, padre adottivo di Esculapio, che aveva insegnato a quest'ultimo l'arte del guarire, aveva una ferita che non poteva rimarginare, ed Esculapio, il guaritore per eccellenza, era un feritore»⁴.

La relazione del medico e del paziente converge al vero dialogo solo a partire da una consapevolezza della malattia che la riscopra quale evento significativo di trasformazione dell'identità dell'essere umano .

Evento che si pone come presupposto stesso del discorso terapeutico e non come elemento disturbante l'identità del medico, dell'infermiere, del paziente.

L'espressione della cura, intesa come dinamica del soggetto medico o infermiere richiede una formazione che rifletta e rielabori proprio il significato profondo della

malattia. Senza questa riapertura del sapere medico ogni percorso formativo alla relazione non può che attestarsi quale forma moralistica e deontologica agita in modo separato nel contesto di azione tecnologico e pragmatico dominante i luoghi stessi della sanità: ospedali, cliniche, ambulatori dove ogni giorno vanno in scena le espressioni dell'agire terapeutico.

Affinché l'espressione della relazione orientata alla cura autentica abbia ad essere, è necessario riscoprire e rinnovare la cifra culturale di accoglienza della malattia, del sintomo doloroso, del loro richiedere spazi, dove sia possibile quel tempo del silenzio e della parola, della pazienza e dell'ascolto, dell'attenzione e della competenza a guidare il possibile dialogo tra curante e paziente.

Quindi una cultura che assuma al proprio centro germinativo la cura come quel processo, quella dinamica in cui la relazione con il paziente avviene e si manifesta nelle forme dell'espressione del medico, dell'infermiere, dell'ausiliario, verso la malattia stessa.

L'espressione, quale dinamica soggettiva, non accede di per sé alla rappresentazione.

Per la rappresentazione non è sufficiente la competenza attoriale, vale a dire la capacità di approfondimento psicologico, somatico dei caratteri del personaggio, di interpretazione degli stili di comunicazione e di relazione che il personaggio ha nel contesto drammaturgico. Per la rappresentazione è necessario la *skene* (scena) cioè la parte dell'antico teatro costituita dalla piattaforma su cui recitano gli attori e dalla parete che faceva da sfondo, ospitando e dando possibilità all'azione espressiva di essere recepita e fruita dal pubblico.

Indubbiamente l'attore, come colui che agisce il dramma, ha consapevolezza della necessità di una regia scenica che lo solleciti e lo coadiuvi. Non può, nel momento stesso dell'azione drammatica, curare lo sfondo e la piattaforma su cui agisce.

La scena è appunto, in quanto sfondo, orizzonte aperto al pubblico e insieme piattaforma dell'azione espressiva, il luogo che interpreta e definisce lo spazio stesso della rappresentazione.

Ma come sono gli attuali luoghi della cura?

L'ospedale dovrebbe essere luogo che interpreta lo spazio di incontro con l'*hospes*, il "signore dello straniero".

La clinica, dal greco, dovrebbe essere luogo in cui è viva l'arte in relazione a colui che giace a letto (*klene*).

Noi non possiamo far altro che rievocare la realtà che questi due nomi, ancora oggi, rivelano.

Una realtà in cui l'ambiente, ciò che è d'intorno, si disponga al dialogo con l'ospite-straniero, il paziente, nel suo giacere a letto. Questa dovrebbe essere la cifra di qualità basilare del luogo di cura.

Per la rappresentazione terapeutica, ciò significa che se è importante ed essenziale offrire percorsi di formazione alla relazione per gli attori (medici, infermieri, ausiliari) che partecipano alla e della cura, è altrettanto fondamentale che questa cultura divenga patrimonio del *management* sanitario che decide e gestisce strategie e politiche del servizio sanitario.

In ospedale la cura degli stili di relazione del personale dovrebbe accompagnarsi con interventi che aiutino il *management* ad elaborare e diffondere una cultura organiz-

zativa che ponga al centro la relazione quale momento di verità ed esplicitazione della qualità del servizio offerto.

Nella prospettiva della qualità del servizio è utile ricordare che l'organizzazione deve generare valore in ogni fase della sua attività. La fase ultima si situa proprio nel rapporto medico-paziente, infermiere e paziente, operatore e paziente. Come già detto questa è un fase densa di implicazioni relazionali, ma affinché essa possa esplicitarsi in atteggiamenti e comportamenti che non siano frutto della sola competenza e consapevolezza individuale, occorrono strumenti che concorrano all'elaborazione di una cultura del servizio e della qualità. La formazione gioca in questa direzione un ruolo strategico. Formare alla qualità significa infatti facilitare l'abbandono di una cultura organizzativa che separa le fasi del suo agire produttivo articolandolo in strutture chiuse entro la propria specifica competenza e finalità (amministrazione, ricerca, settore tecnico, logistica) per acquisire, viceversa, una sintassi dell'organizzazione centrata proprio sui processi e sulle procedure necessarie alla cura del paziente.

Nell'espressione delle competenze mediche, si assiste spesso all'emergere di un diffuso disagio che diventa disturbo della necessaria attenzione al malato, alle sue esigenze.

Disagio, etimologicamente, è non essere a proprio agio, dove il provenzale *aisè*, da cui deriva, significa vicinanza. L'impossibilità di essere vicino a sé nell'espressione di una propria competenza professionale significa comunicare disagio all'altro. Noi non possiamo che dire all'altro ciò che siamo in ogni momento del nostro vivere, al di là della cara immagine con cui ci percepiamo. L'altro da noi coglie sempre meglio l'autentico nostro essere: egli è specchio involontario estremamente percettivo. Spesso gli attori della relazione terapeutica che sono, è bene ricordarlo, il curante ed il paziente vivono su fronti opposti disagi profondi. I primi hanno la preoccupazione di rispondere ad obiettivi astratti, che spesso non condividono, di natura burocratica e normativa che nulla hanno a che fare con l'ascolto del paziente, della sua patologia e necessità; i secondi si sentono sviliti in una anonimata che soffoca ogni pur lieve capacità espressiva per lasciare posto solo agli istinti aggressivi che certo non aiutano il dischiudersi di un dialogo con sé e con l'altro. Entrambi, comunque, esprimono una relazione di non incontro, disagevole, che lascia l'amaro in bocca.

Se è indubbio che una buona preparazione dinamica della risorsa curante è utile a risolvere relazioni complesse, essa non è sufficiente a creare il clima ambientale, il luogo, la scena della possibile ed auspicabile rappresentazione terapeutica che dovrebbe essere oggetto prioritario delle strategie politiche ed organizzative della sanità.

In questa direzione la formazione può svolgere un ruolo significativo, delineando percorsi che coinvolgendo il *management* lo supportino nella elaborazione di una cultura del servizio e delle sue variabili.

Variabili relative in particolar modo:

- alla definizione e cura degli ambienti e degli arredi verso una personalizzazione degli spazi
- alla formulazione di strategie attente al clima dei luoghi di cura e, in particolar modo, alle risorse umane che attraverso azioni di formazione continua dovrebbero acquisire una cultura orientata alla qualità del servizio

- alla definizione delle politiche decisionali ed alla loro comunicazione in modo da coinvolgere attivamente le risorse umane nella definizione e nell'articolazione degli obiettivi
- alla gestione di una comunicazione che nell'ottica del servizio all'utente sia in grado di elaborare informazioni utili al suo orientamento
- alla gestione di controllo dei processi attivati e delle prestazioni ottenute in ordine alle potenzialità tecnologiche offerte e alle potenzialità finanziarie nel rispetto della qualità progettata per l'utente

Variabili queste, che richiedono al *management* l'acquisizione di una cultura del servizio aliena da ogni meccanicismo che trova fertile terreno in una concezione della cura, intesa non come processo di accoglienza, ma come veloce dissolvimento del dolore del paziente.

Solo uno sguardo (ricordiamo che clinica significa anche sguardo) che riconsegna al dolore il suo essere dimora di qualcosa che parla, intangibile presenza sensibile, può con umiltà disegnare, a piccoli passi, i confini dei luoghi della cura nel loro essere scena organizzativa ospite dell'espressione delle relazioni terapeutiche.

NOTE

¹ R.M. RILKE, *Le Elegie Duinesi, Decima Elegia* (10,15), traduzione di Enrico e Igea Deportu, Torino, Einaudi, 1978.

² Le riflessioni sulla malattia come esperienza di apertura ad un nuovo ordine di conoscenza sono debitorie del lavoro di Maurilio Orbecchi. In particolare rinvio ai seguenti articoli: *Prigioniero della montagna incantata* in «L'immaginale», aprile 1987; *La rivoluzione cronica. Il limite e la meraviglia in La malattia e la filosofia della medicina*, Atti del Convegno, Torino 1990.

³ Per quanto riguarda la definizione di malattia mi sono attestato a J. LINDBERG, M. HUNTER, A. KRUSZEWSKY, *Assistenza Infermieristica centrata sulla persona*, Firenze, Uses Ed. Scientifiche, 1992. In questo manuale sono presentati (pp. 96 sgg.) i 5 modelli di malattia: primitivo; medico-biologico; ecologico; di equilibrio; sociale. Nell'ordine la malattia è conosciuta come: «essere autonomo e amorfo», «alterazione osservabile», «abberrazione direttamente osservabile», «disturbo nell'equilibrio tra uomo e ambiente», «incapacità di svolgere funzioni». Il concetto di sanità è ripreso letteralmente dalla definizione dell'O.M.S. del 1948 tutt'ora valida sul piano giuridico: «la salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia». La definizione di salute si delinea quale espressione di desiderio difficilmente traducibile nell'esserci del qui e ora della vita.

⁴ S. MONTEFOSCHI, *L'Uno e L'Altro*, Genova, Egig, Edizioni Culturali Internazionali, 1989, p. 407.