

Tra medico e malato, la narrazione (“Narrando, narrando... ci si cura”)

“La mia storia si è rotta: mi aiuta a ripararla?”

Maria Cristina Koch

Sei seduto davanti al medico. Quella visita di cui senti di avere tanto bisogno sta incominciando. “Dottore, sto male”. È la tua prima mossa nella singolare partita a scacchi che stai giocando contro la tua malattia. Quale è la seconda mossa? Il medico può cominciare col misurarti la febbre. Oppure prenderti la pressione (“150-100: piuttosto alta!”). O può richiedere un prelievo di sangue per misurare quei parametri che lui ritiene rilevanti (saresti felice di una risposta rassicurante: “I valori sono a posto”). Insomma, il medico **conta**, misura. Perché così procede oggi la medicina scientifica.

Non hai certo motivo di lamentarti del tuo medico: se attraverso le analisi che ti prescrive arriva a diagnosticare la malattia e a prescriverti il trattamento opportuno (ancora numeri: “10 gocce prima dei pasti”; “Una pasticca mattina e sera per 8 giorni”) che ti rimette in salute, puoi dire che sei capitato nelle mani giuste. Eppure commentando la visita, può esserti capitato di osservare: “Sì, è un dottore bravo. Ma non ti lascia parlare”. Sei un po’ deluso, perché la mossa del medico te l’aspettavi un po’ diversa. Dopo la tua dichiarazione di sentirti male, avresti gradito che lui ti avesse rivolto l’invito: “Mi racconti”. Perché per il medico è importante il

“contare” (procederebbe al buio, a tentoni, se non lo facesse), ma per te è importante il **raccontare**.

È questo il pilastro centrale della “medicina basata sulla narrazione”. Approdiamo così alla terza possibile accezione di medicina narrativa. Permettere al paziente che va a chiedere aiuto al medico di parlare del suo male – i sintomi che avverte, ma anche le emozioni che li accompagnano: fantasie, timori, attese – non è solo un atto di cortesia da parte del curante. Sì, certo: anche questo. Perché è umiliante per una persona sentirsi considerata solo come la portatrice di una malattia, verso la quale si dirige tutta l’attenzione del medico. È l’atteggiamento reso popolare dal Dr. House, protagonista della serie televisiva. Senza imbarazzo, dichiara: “Sono diventato medico per curare le malattie, non i malati”. Ama porre ai pazienti il dilemma: “Preferiresti un medico compassionevole che ti tiene la mano e ti lascia morire, o uno che ti tratta male, ma ti salva la vita?”. È un falso dilemma, caro Dr. House: vorrei avere un medico che ce la mettesse tutta per salvarmi la vita *e nel far questo* mi trattasse come una persona!

Ma la narrazione da parte del malato va al di là di un tratto di urbanità: è lo strumento principe dell’arte della diagnosi. Purtroppo è un’arte che va scomparendo, afferma autorevolmente Lisa Sanders, medico internista dell’università americana di Yale. Lo argomenta nel libro *Ogni paziente racconta la sua storia. L’arte della diagnosi* (2009). Lamenta il progressivo abbandono dell’esame obiettivo: ci si affida sempre più alla tecno-

logia per ottenere risposte. Invece, a suo avviso, “l’esame obiettivo può guidare il medico nel suo ragionamento e ridurre la scelta dei test a quelli che hanno maggiori probabilità di fornire risposte utili, risparmiando tempo e denaro e a volte salvando delle vite”.

Al medico si chiede di guardare il paziente, di toccarlo, di ascoltarlo: la medicina è scienza dei sensi. L’ascolto del paziente ha appunto una valenza diagnostica, oltre che umanitaria. Ancora Lisa Sanders: “Nelle facoltà di medicina si ripete continuamente ai futuri medici che se ascolteranno il paziente, questi dirà loro che cos’ha”.

Ma soprattutto la narrazione è la porta di accesso al mondo interiore di ciascuna persona. La strumentazione diagnostica e gli esami di laboratorio permettono di entrare, sempre più in profondità, nella struttura materiale del corpo. Questo arsenale è una risorsa preziosa messa a disposizione dalla scienza moderna e alla quale nessun paziente sensato è disposto a rinunciare. Ma per conoscere ciò che rende la persona unica anche la medicina dei nostri giorni non ha altro strumento che quello che aveva la medicina di ieri e di sempre: sollecitare il malato a raccontare la sua storia e disporsi ad ascoltarla.

Questa è la pratica di medicina narrativa che è stata al centro della “Conferenza di consenso” indetta dall’Istituto Superiore di Sanità (Roma, 11-12 giugno 2014). Gli esperti convocati si sono trovati d’accordo nel proporre la seguente definizione (*Documento di consenso*, 2015):

Con il termine Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

La Medicina Narrativa si integra con l'Evidence-Based Medicine e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura.

Di che cosa parliamo, in definitiva, quando parliamo di medicina narrativa? Di una famiglia di pratiche: diverse e integrabili. Ne fanno parte:

- ◆ il ricorso consapevole alle narrazioni letterarie e artistiche (“*Narrando, narrando... si comprende*”: ovvero si accede a quella comprensione del vissuto, sotto il segno del pathos, che percorre le strade della creatività e dell'arte);
- ◆ la condivisione, l'elaborazione e l'assimilazione del proprio vissuto sotto i colpi del dolore, mediante una

conoscenza nuova di sé e la costruzione di una nuova trama (“*Narrando, narrando... si guarisce*”: ovvero si perviene a quella guarigione che non è un semplice “tornare come prima”, ma un passo avanti nell’autorealizzazione umana);

- ◆ una modalità di rapporto terapeutico in cui la persona da curare è non oggetto di cura, ma soggetto (“*Narrando, narrando... ci si cura*”: ovvero si entra in quella modalità della cura in cui il malato partecipa da protagonista).

Una pratica della narrazione non esclude le altre. Insieme possono collaborare per dare alla cura lo spessore che le spetta. Proprio quello spessore formulato dallo scrittore latino Igino nel presentare il mito della dea Cura e il suo ruolo nella vita dell’uomo: “Poiché fu Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso vive lo possiede Cura”.

Infine, una considerazione di natura terminologica. Abbiamo descritto pratiche tra di loro molto diverse: hanno tutte diritto di qualificarsi con il nome di medicina narrativa? Oppure questa denominazione deve essere riservata a quell’uso nel contesto clinico previsto dalle Linee di indirizzo proposte dall’Istituto Superiore di Sanità nella “Conferenza di consenso”? Questa è la preferenza espressa da Cristina Cenci (2015). La sua proposta è che si parli di medicina narrativa quando la narrazione ha lo scopo di personalizzare il percorso diagnostico e terapeutico ed è finalizzata a disegnare

una cura co-costruita tra professionisti e persona malata. Quando invece la narrazione serve a far conoscere la patologia o a raccontare il vissuto e i bisogni del malato o dei curanti, propone di chiamarla *storytelling*; mentre per le narrazioni che facilitino il percorso personale con la malattia, nonché la ricerca di sostegno, consigli ed esperienze condivise preferisce parlare di *caring narratives*.

Il chiarimento terminologico è auspicabile. In questi termini, tuttavia, può essere di utilità solo a studiosi ed esperti: è improbabile che possa diffondersi nel vasto pubblico con espressioni paracadutate dall'inglese. Senza dire che la pratica clinica che appare più titolata a presentarsi come medicina narrativa è stata già da tempo proposta sotto altre denominazioni. Una medicina personalizzata, espressione di un diverso rapporto tra curanti e curati, attenta all'ascolto dei valori e delle preferenze personali, è stata la richiesta del movimento della bioetica. Ben venga, tuttavia, un cambio di etichetta, se può servire a rinnovare l'interesse per un cambiamento che trova enormi difficoltà a essere recepito.

Bibliografia

- Aleksievič S. La guerra non ha un volto di donna. Milano: Bompiani, 2015.
- Bauby J-D. Lo scafandro e la farfalla. Milano: TEA, 1999.
- Bert G. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2007.