

**“CHIEDERE PERDONO”
IL PRIMO DOVERE DEL MEDICO
Luisella Battaglia**

“Il medico incline alla saggezza
è simile a un dio”.
Ippocrate

In una delle scene più intense ed enigmatiche de *Il posto delle fragole* (1957), il capolavoro di Ingmar Bergman, il protagonista Isak Borg, un grande medico a fine carriera, sogna di rifare l'esame di stato per l'abilitazione alla professione. Gli viene chiesto qual è il primo dovere del medico ma lui non sa rispondere. Eppure, insistono i commissari, è semplice: “il primo dovere del medico è chiedere perdono”.

Mi sono da sempre interrogata su questa risposta ricchissima di suggestioni di cui coglievo, insieme, il mistero e la profondità. Che cosa intendeva dire Bergman? E a quali riflessioni può introdurci oggi questa risposta che, al di là della vicenda umana del protagonista, apre a interrogativi sulla natura stessa della

professione medica? Certo, il tema del perdono è profondamente intrecciato alla storia personale di Isak Borg, ma quel “dovere” assume una risonanza speciale per il suo essere medico e anticipa profeticamente molte delle questioni che agitano il dibattito contemporaneo. La nascita della bioetica negli anni settanta ha posto, infatti, al centro della discussione il grande tema della crisi della medicina occidentale del nostro secolo, una medicina che punta sempre più sulla tecnologia, sulla perfezione della diagnosi e sempre meno sul rapporto tra medico e paziente. Tale crisi sembra attribuibile in parte ai medici, sempre più burocratizzati, e in parte alle esigenze di un’organizzazione che spinge ad aumentare la loro produttività, in nome dell’economia e dell’efficienza. Siamo in presenza di un sistema che non attribuisce più una valenza positiva al tempo trascorso con il paziente, tempo che, al contrario, viene associato al concetto di perdita invece di essere considerato un investimento e valutato come una parte importante della stessa terapia. Per studiare questo fenomeno può essere utile partire da una sia pur sommaria riflessione sulla natura stessa della medicina, una riflessione, appunto, a cui il film ci invita, ricordandoci che, prima di essere un sapere, la medicina è innanzitutto un *rapporto* che si instaura tra due persone: colui che cura e colui che è curato. Originariamente la medicina è dunque un *dialogo*, una reciprocità che non può stabilirsi che nel colloquio singolare della relazione tra due soggetti. Il medico e filosofo Georges Canguilhem sottolinea lungamente nelle sue opere il significato e l’importanza di tale *singularità*.

Il colloquio è singolare – scrive – proprio perché individualizzato, tale da ricominciare ogni volta e quindi non classificabile in quanto relazione tra due individui assolutamente unici¹.

È proprio sul finire degli anni 50 che comincia a profilarsi una crisi della medicina che si manifesta soprattutto nei suoi modi d'essere relazionali con la società, la cultura, le istituzioni, i pazienti. Un film come *Il posto delle fragole* lo testimonia esemplarmente mostrando come il medico debba ormai fare i conti con un approccio riduzionistico che lo induce a vedere nel paziente non tanto una persona nella sua integralità, quanto piuttosto una somma di parti o di organi. Da qui il pericolo di un progressivo impoverimento della relazione terapeutica che rischia di approdare – come ha osservato Giorgio Cosmacini - ad una sorta di “nichilismo curativo”, caratterizzato dall'assenza di ascolto e di dialogo e da una generale carenza del ‘prendersi cura’². Emblematica è la figura del protagonista, un medico di chiara fama e illustre ricercatore che appare tuttavia incapace di esercitare l'ippocratica *ars curandi* e, soprattutto, è dimentico dell'importanza del com-patire, del sentire come propria la sofferenza dell'altro.

Ripercorriamo brevemente la trama del film. In una sorta di presentazione, Isak Borg spiega le ragioni del suo progressivo isolamento dalla vita sociale attraverso una constatazione assai amara: “i nostri rapporti con il prossimo si limitano, per la maggior parte, al pettegolezzo

¹G.Canguilhem, *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.

²G.Cosmacini, *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*, Laterza, Roma-Bari 1995.

e a una sterile critica del suo comportamento. Le mie giornate trascorrono in solitudine e senza troppe emozioni. Ho dedicato la mia esistenza al lavoro e di ciò non mi rammarico affatto. Incominciai per guadagnarmi il pane quotidiano e finii con una profonda, deferente passione per la scienza". Dopo aver descritto la sua famiglia - la madre vecchissima chiusa nei suoi ricordi, la moglie non amata e non rimpianta, morta da diversi anni, il figlio medico freddo e distante, la giovane nuora che soffre di un rapporto tormentato col marito - sente il bisogno di fornire un'ulteriore informazione: "dovrei aggiungere che sono un vecchio cocciuto e pedante. Questo fatto rende sovente la vita difficile sia a me che alle persone che mi stanno vicine. Mi chiamo Isak Borg e ho 78 anni. Domani nella cattedrale di Lund si celebrerà il mio giubileo professionale". Siamo dinanzi al lucido autoritratto di un professionista stimato che tuttavia, dietro la facciata di bonarietà, di modi gentili e formalmente corretti, si rivelerà gelido, egoista, sordo ai bisogni e ai sentimenti degli altri, oppresso da pensieri angosciosi e oscuri presagi. Anche la mattina della partenza per Lund, Borg è scosso da un sogno inquietante. Si trova in una città sconosciuta dove gli orologi pubblici sono privi di lancette e avvengono episodi spaventosi: un uomo senza volto si accascia improvvisamente a terra, un carro funebre si schianta contro un lampione facendo cadere una bara da cui esce una mano che lo afferra, la mano di un morto in cui riconosce sé stesso. L'incubo evoca chiaramente un presagio di morte, quella morte non solo fisica ma soprattutto interiore da cui Borg è terrorizzato. Il viaggio in macchina da Stoccolma a Lund in compagnia

della nuora, attraverso deviazioni non previste del percorso verso quei luoghi della giovinezza di cui il “posto delle fragole” è il magico simbolo, sarà l’occasione di rivivere ricordi penosi e memorie dolorose che daranno, tuttavia, origine ad un radicale ripensamento della propria esistenza. Cammino, dunque, di conversione e di cambiamento, tragitto a ritroso nel tempo ma, insieme, viaggio all’interno di sé stesso per ritrovare antiche radici, scoprire insanabili contraddizioni, confessare tragici errori. Particolarmente significativa, come si è detto, è la sequenza dell’esame, il momento rituale che – come sottolinea James Hillman - mette alla prova non solo le nostre capacità e le nostre conoscenze ma anche la nostra vocazione. “Il mio *daimon* vuole davvero la strada che ho scelto? La mia anima è davvero coinvolta?”³. Se il riuscire bene in un esame può rappresentare una conferma, una bocciatura può essere il modo in cui il *daimon* ci fa sapere che abbiamo preso la direzione sbagliata. È appunto ciò che si chiede angosciosamente Isak Borg, dal momento che l’esame sembra rivelare in modo clamoroso la sua incompetenza. Batteriologo di fama, non risulta in grado di riconoscere i batteri al microscopio, dichiara morta una persona che invece è viva, e, infine, non sa rispondere alla domanda cruciale relativa al suo dovere professionale di medico. Il giudizio finale non solo sarà negativo ma verrà gravato da accuse di indifferenza, di incomprensione e di insensibilità che comporteranno un verdetto inappellabile: la condanna alla solitudine. Attraverso un continuo gioco di rimandi, per cui

³ J. Hillman, *Il codice dell'anima*, Adelphi, Milano 1997, p.138.

l'esame di stato si trasforma in un vero e proprio giudizio che provocherà, a sua volta, un ineludibile esame di coscienza, il "chiedere perdono" riguarderà ormai non soltanto la sua vita professionale ma coinvolgerà la sua intera esistenza. A proposito dei suoi sogni angosciosi, Isak confesserà infatti: "è come se cercassi di dire qualcosa a me stesso, qualcosa che non voglio udire quando sono sveglio. Quel 'qualcosa' è che sono morto, pur essendo vivo". La confessione allude chiaramente alla morte dei sentimenti, alla freddezza glaciale che ha improntato i suoi rapporti con gli altri e che ha anche comportato l'oblio del nucleo etico e della dimensione antropologica della sua professione.

Viene in tal modo prefigurata nel film una situazione che stiamo oggi vivendo. La medicina scientifica ha compiuto straordinari progressi: tecniche sempre più sofisticate consentono al malato di vedersi in tre dimensioni, il medico lo può curare a distanza grazie alla telemedicina, il chirurgo può operare senza toccare direttamente il malato. Progressi innegabili che celano tuttavia un pericolo, quello di vedere l'individuo oltrepassato dal sovra-individuale, ignorato nella sua singolarità dalle esigenze classificatorie. Che resta allora della relazione originaria, di quel colloquio descritto fin dall'antichità da Ippocrate e dai suoi discepoli dell'isola di Kos? Il malato è solo un "caso"? Sarà curato secondo le norme ottenute attraverso la somma di casi comparabili? Le conferenze di consenso rappresentano, lo sappiamo, un tentativo di universalizzazione delle conoscenze mediche al fine di una cura sempre più efficace. Un'impresa di grande rilievo ma – e qui si ripropone la domanda – quanto

compatibile con quell'ideale medico ippocratico dell'accompagnamento individuale e individuato di ogni malato, con la relazione definita come colloquio singolare? È sempre Canguilhem a ricordarci che la definizione della malattia richiede, come punto di partenza, la nozione di essere individuale. Si tratta di un'affermazione ancora valida? Qual è il posto del malato nella malattia, in una medicina sempre più spinta verso l'universalizzazione e chiamata a divenire una scienza dell'oggetto umano?

La medicina della persona

Ritorniamo a Isak Borg. Quali sono i peccati che deve farsi perdonare? Si tratta solo degli errori inevitabili commessi nel corso della sua carriera? A questo riguardo, occorre sottolineare che Borg è stato, almeno all'inizio della professione, un medico molto apprezzato dai suoi pazienti, come dimostra una scena significativa del film in cui una coppia di benzinai rifiuta recisamente di essere pagata per il rifornimento della benzina in nome della perenne gratitudine ("noi non dimentichiamo!") che nutrono per quello che fu il loro medico condotto. Ed ecco il primo momento di rammarico del protagonista: aver abbandonato la professione per dedicarsi alla ricerca: "Non avrei dovuto allontanarmi da qui". Non è casuale, a ben vedere, la scelta della sua specializzazione - la batteriologia -, una scelta che sottolinea ulteriormente il suo distacco, il guardare la realtà attraverso uno strumento, il microscopio, che ha accentuato il suo

‘sguardo clinico’, non certo empatico, contribuendo a rafforzare il suo isolamento dagli altri. A lui, in quanto specialista, non sembra interessare, dal punto di vista professionale, la persona intera in cui si imbatte e tanto meno il suo vissuto, cioè il modo in cui vive il suo rapporto col mondo e la malattia. Il suo interesse di “medico nell’età della tecnica” – per riprendere il titolo di un celebre libro di Karl Jaspers – si focalizza ormai solo sulla specifica parte malata del corpo. Per questo, dinanzi alla parcellizzazione specialistica delle competenze sanitarie, il malato “si vede di fronte a medici nessuno dei quali è il suo medico”⁴. Ma perché si afferma quello ‘sguardo’ che avrà tanta importanza nella storia della medicina?

In *Nascita della clinica* Michel Foucault tratteggia magistralmente il cammino compiuto dalla medicina moderna, dalla metà del XVIII secolo, concentrandosi sul momento – la rivoluzione francese – in cui essa si distacca dalla metafisica: si sviluppa lo “sguardo clinico” e l’ospedale, inteso come “cittadella fortificata della salute”, consente di collocare il fatto patologico in una serie, permettendone la classificazione⁵. Lo sguardo clinico perfetto, che appare come lo sforzo della razionalizzazione di un’intuizione, corrisponde per Foucault al sogno di una struttura aritmetica del linguaggio medico legato al mito di un sapere oggettivo che vuole liberarsi da una soggettività – quella appunto del colloquio singolare tra due esseri umani – ritenuta nociva alla conoscenza. Si intende, pertanto, studiare direttamente quel corpo umano che diviene a tutti gli

⁴ K. Jaspers, *Il medico nell’età della tecnica*, Cortina, Milano 1991, p. 51.

⁵ M. Foucault, *La nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969.

effetti l'oggetto del sapere medico. In tal modo viene messo in evidenza quello che può considerarsi lo statuto epistemologico della medicina moderna: l'affermazione di una verità come adeguazione (vedere/sapere) che costituirà il fondamento del cosiddetto "paradigma biologico". Con esso ci si propone di costituire un sapere oggettivo del corpo nel quadro di una medicina intesa come scienza esatta: una visione ancora pesantemente positivista, secondo la quale non vi sarebbe sapere medico senza l'oggettivazione della malattia e del malato. Ciò che conta è la precisione matematica dei dati di laboratorio, piuttosto che l'intuizione e l'interpretazione dei segni clinici, perché intuizione e interpretazione appartengono al campo delle informazioni che vengono ritenute aleatorie e inattendibili. Il rischio, tuttavia, è di "sradicare" il soggetto, di non rendersi conto delle difficoltà della clinica, della diagnostica e della presa in carico terapeutica, in nome di una medicina troppo sbilanciata sul versante delle scienze naturali, incapace di integrare il sapere che deriva dalle discipline umanistiche. È questo fondamentalmente il modello cui si ispira Isak Borg che agisce come puro tecnico, senza rischiare alcun coinvolgimento emotivo, rifugiandosi nel laboratorio dove spirito e corpo possono essere separati con rassicurante nettezza. Il suo è un blocco affettivo, una patologia dei sentimenti e della comunicazione.

Al di là degli errori di distorsione prodotti dallo 'sguardo clinico', potremmo forse suggerire che la richiesta di perdono implichi anche l'ammissione di non sapere, e quindi la confessione socratica della propria ignoranza? In un testo dedicato specificamente all'importanza della

formazione etica in medicina, cioè *Manuale di etica per il giovane medico*, vengono sintetizzate efficacemente le domande che un medico dovrebbe porsi per entrare nel territorio dell'etica: "Sto facendo la cosa giusta? Mi sono comportato onestamente? Ho calpestato un diritto? Sto difendendo un mio interesse? Ho procurato una sofferenza ingiustificata? Cosa significa rispettare l'autonomia del paziente? Quanta parte di verità dovrei rivelare?" Secondo il manuale ci sono una serie di peccati per cui il medico dovrebbe chiedere perdono. Innanzitutto "per la presunzione comune a molti di noi medici, forse alla maggior parte, di credere di poter davvero esaudire la domanda di ascolto e di attenzione insita in ogni relazione di cura. O, ancora, per la trascuratezza e la superficialità con cui abbiamo soppesato un'espressione insopportabile, ascoltato una frase spiazzante, liquidato un caso sconveniente. O, infine, per il torto di non aver mostrato lo sguardo inconfondibile di chi è pronto a vegliare su chi soffre come se fosse un figlio proprio. Insomma, per aver dimenticato la nostra umanità"⁶.

Il guaritore ferito

Giungiamo qui al punto veramente essenziale: per poter curare le altrui ferite occorrerebbe ammettere la propria vulnerabilità. Affiora inevitabilmente, nell'*ethos* che dovrebbe informare il comportamento del medico, l'immagine classica del 'guaritore ferito' rappresentato, nel

⁶ U. Veronesi, G. Macellari, *Manuale di etica per il giovane medico*, F. Angeli, Milano 2016, p. 284.

racconto di Apollodoro, dal centauro Chirone. Il quale – si ricorderà - insegna l'arte medica ad Asclepio dopo essere stato ferito da una freccia che gli procura una piaga inguaribile, ciò che gli consentirà di sviluppare una profonda sensibilità e una totale disponibilità a sentire come proprio l'altrui dolore. Ecco l'importanza del compiere, della condivisione della sofferenza⁷. Ne deriva – lo rileva Gadamer - una configurazione dell'arte medica come intreccio tra competenza tecnica e disponibilità umana, tra sapienza scientifica e saggezza personale⁸. La relazione tra medico e paziente, di conseguenza, riesce a realizzarsi pienamente quando il medico assume su di sé il limite esistenziale implicito nell'offesa invalidante della malattia.

Il dovere del medico di chiedere perdono sembrerebbe, pertanto, riguardare la sua incapacità di accettare e sentire come propria la sofferenza dell'altro. Potremmo aggiungere, seguendo ancora James Hillman, che la cura della malattia è dentro la malattia stessa la quale dovrebbe essere integrata nella vita, indagata problematicamente nei suoi aspetti, al di fuori soprattutto degli schemi causalistici che pretendono di dar conto di *come* certi eventi avvengano senza indagarne il *perché*⁹. Saranno allora le *trame perdute*, gli orditi complessi che appartengono all'esistenza quotidiana – e complicazioni sentimentali, i drammi individuali, i conflitti interpersonali, le aspettative e le delusioni – che abbiamo “perduto”, perché appunto le abbiamo smarrite lungo il cammino

⁷ A. Montano, *Il guaritore ferito*, Bibliopolis, Napoli 2004.

⁸ H. G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994, p. 79.

⁹ J. Hillman, *Trame perdute*, Cortina, Milano 2001.

delle spiegazioni deterministiche e delle strategie di sicurezza e di benessere, a ritrovare la loro centralità. L'invito di Hillman è di contrastare quella spinta verso la normalizzazione che ci rassicura per la sua uniformità, che ci fa capire perché siamo malati, perché lo siamo delle stesse malattie e che ci cura con gli stessi farmaci: occorre invece recuperare la diversità, la differenziazione, la molteplicità, riconoscendo che la malattia è una presenza costante e corposa della nostra vita, un segnale della sua precarietà, nella estrema varietà delle sue componenti affettive, emozionali e culturali. Esiste, in altri termini, un "lato d'ombra" anche nelle malattie del corpo che ne rappresenta la componente psicologica, inafferrabile e che appartiene al paziente in modo così peculiare da poter affermare che "la malattia è il paziente stesso". Ancora una volta, anziché attenersi ai modelli generali di riferimento per conoscere la malattia, è necessario individuare gli scarti che sempre esistono tra i modelli e il singolo malato.

La ricostruzione etimologica di alcuni termini chiave si rivela, in questo quadro, particolarmente utile. Hillman ci ricorda, ad esempio, che *medicus* richiama il verbo latino *mederi* che significa "prendersi cura" e che la parola greca *therapeia* ha anch'essa tale significato: "la sua radice *Dher* vuol dire portare, sostenere [...]. Il terapeuta è uno che porta e presta attenzione nello stesso modo di un servitore"¹⁰. Per questo, il medico che passeggia "lungo le sale bianche dell'ospedale, con graziose nozioni della sofferenza, della causalità, della malattia e della morte"

¹⁰ Id. *Il suicidio e l'anima*, Astrolabio, Roma 1999, pp.90-91.

dovrebbe ritrovare la strada verso la visione più antica e integrata della sua vocazione, specie in quelle situazioni difficili della medicina moderna che “mostrano come l’aspetto umano sia caduto nell’ombra”. È la stessa predilezione per la patologia scientifica ad allontanarlo dalla *comprensione* della sofferenza in favore della *spiegazione* della malattia: la sua attenzione è spostata dal soggetto all’oggetto, da colui che è disturbato al disturbo e alla sua causa. Ma soprattutto diventa immemore della sua stessa vulnerabilità. “I medici” rileva Hillman “sono notoriamente cattivi pazienti forse perché hanno perduto la capacità di essere feriti¹¹.”

In conclusione: Isak Borg dovrebbe chiedere perdono per non aver riconosciuto la propria vulnerabilità, per non aver saputo essere un “guaritore ferito”? Mi sembra un’ipotesi degna di interesse che potrebbe essere suffragata dalla definizione della medicina proposta da Paul Ricoeur ne *Il giudizio medico* come “una delle pratiche fondate su una relazione sociale che ha nella sofferenza la motivazione fondamentale e nella speranza, per l’ammalato, di essere aiutato e guarito, il suo *telos*”.¹² Si sottolinea, in tal modo, la struttura relazionale dell’atto terapeutico il cui nucleo etico è costituito dal patto di fiducia che impegna *quel* paziente e *quel* medico e che conclude un percorso segnato all’inizio da una notevole asimmetria: da un lato colui che sa e sa fare, dall’altro colui che soffre.

¹¹ Ivi, p.103.

¹² P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, Morcelliana, Brescia 2006, p.31.

La lezione di Ricoeur. Il 'patto di cura'

L'istituzione di un patto di cura può considerarsi come un vero e proprio cammino che prevede una serie di passi da parte di entrambi i partner per colmare il fossato iniziale. Innanzitutto il paziente "porta al linguaggio" la sua sofferenza, la descrive, ne narra la storia; avanza la sua richiesta di salute e promette di osservare il protocollo del trattamento proposto. A sua volta, il medico compie l'altra metà del cammino, attraverso l'accettazione del malato, la formulazione di una diagnosi, la prescrizione di una terapia, e quindi la promessa di seguire il paziente. Un impegno, come si vede, che vincola entrambe le parti e che fa sì che il patto di cura divenga una sorta di *alleanza* contro il nemico comune: la malattia. Ma come comunica il medico e come dovrebbe comunicare? Isak Borg agisce da puro tecnico, senza rischiare alcun coinvolgimento emotivo e senza aver vissuto i sentimenti da cui la tecnica prescinde: dolore, impotenza, paura, disperazione. Eppure occorre trovare le parole perché l'alleanza terapeutica possa effettivamente realizzarsi.

Con la crisi del modello positivista è emersa la necessità di ripensare lo stesso vocabolario medico relativo alla malattia. Sentiamo ormai di avere un vocabolario colpevolmente povero per "dire" la sofferenza umana: per questo dovremmo moltiplicare le nostre parole, elaborare concetti per nominare in modo più attendibile l'universo così multiforme, variegato, plurimo del disturbo, della sofferenza, della dissonanza. L'interpretazione del termine malattia, così come ci è fornita dalla scienza medica, non ci soddisfa più giacché la malattia, nella coscienza collettiva, ormai non è solo un problema

biochimico, genetico o disfunzionale ma è un concetto che si allarga fino a includere disagio, dolore, malessere. Ne discende una diversa visione della malattia come esperienza di un soggetto in una data situazione e un richiamo alla dimensione soggettiva della sofferenza: si può certo partire dal dolore in generale, elaborando categorie utili a fissarne e a precisarne la fenomenologia ma il rischio è di dimenticare l'individuo che soffre. Da qui una crescente attenzione per le modalità personali, esistenziali, profonde con cui il singolo vive e si rappresenta la sua malattia. Grazie alla medicina antropologica si è fatta strada la consapevolezza dell'insufficienza di un approccio meramente quantitativo alla sofferenza: ciò ha significato il recupero dello spazio della soggettività e il riconoscimento delle dissonanze inevitabili tra le categorie generali dei manuali e i vissuti concreti dei sofferenti. Ma pare soprattutto importante considerare con la massima attenzione tutte quelle auto rappresentazioni cariche di significati simbolici secondo cui il soggetto vive il suo dolore. In tal modo si assiste a quello che potremmo chiamare il passaggio della medicina dalla *misurazione* alla *narrazione*¹³. Ricoeur – che ha posto con forza l'accento sul racconto, incardinandolo nella condizione umana – sottolinea a ragione il profondo significato del “portare al linguaggio” la sofferenza da parte del paziente, come di un momento fondativo del patto di cura, cogliendone la duplice valenza etica e epistemologica. Il dolore che il paziente narra non coincide infatti esattamente con il male che il medico

¹³ B. Good, *Narrare la malattia*, Ed. di Comunità, Torino 1999. S. Spinsanti, *La medicina vestita di narrazione*, Il Pensiero Scientifico edizioni, Roma 2016.

cerca. Accanto al semplice recupero espressivo della sofferenza, che rappresenta un primo elemento di elaborazione, esiste infatti un secondo livello nel corso del quale la malattia è ricostruita nella sua genesi e inserita in un contesto individuale che può favorire sia l'anamnesi esistenziale e relazionale del vissuto del paziente, sia la costruzione condivisa con il medico del significato del vissuto della malattia. In tal modo il rapporto viene a configurarsi come un'autentica relazione ermeneutica. Ricoeur non si nasconde tuttavia la fragilità di un patto insidiato fin dall'inizio dal sospetto, il contrario quindi di quella fiducia che è minacciata, dal lato del paziente, dalla diffidenza nei confronti del potere medico e dei suoi possibili abusi e, dal lato del medico, dall'intrusione sia delle scienze biomediche, tendenti all'oggettivazione del corpo umano, sia dalla prospettiva della sanità pubblica, che verte sull'aspetto non più individuale ma collettivo del fenomeno generale della salute.

Ancora una volta, Isak Borg sembra testimoniare col suo comportamento questa oggettiva difficoltà, laddove la forte connotazione etica del patto di cura intende appunto contrastarla con il suo riferirsi alla aristotelica *phronesis*, alla saggezza pratica, che, sul piano medico, si traduce per Ricoeur in tre fondamentali precetti. Vale la pena, ai fini del nostro discorso su "il primo dovere del medico", seguirne analiticamente il percorso. Innanzitutto, il riconoscimento del carattere *singolare* della persona del paziente e quindi della situazione di cura: dietro ogni malattia c'è la presenza di un soggetto che struttura la *sua* sofferenza, facendone un elemento della sua biografia. Solo rispettando questa indicazione si può

umanizzare la scienza medica e recuperare il rapporto del medico con un soggetto che è l'uomo nella sua totalità. In secondo luogo, l'*indivisibilità* della persona, da cui discende il dovere di considerare non una molteplicità di organi e di funzioni ma il malato nella sua integralità, evitando ogni frammentazione e sfasatura tra dimensione biologica, psicologica e sociale. Infine, la *stima di sé*, e quindi il riconoscimento del proprio valore da parte del paziente stesso, di grande importanza poiché la situazione di cura, specie nell'ospedalizzazione, induce la regressione a comportamenti di dipendenza umilianti per la dignità della persona. È questo, occorre aggiungere, un rischio cui si è particolarmente esposti specie quando si entra nella fase dei trattamenti invasivi o nelle situazioni che si possono definire terminali. In tali casi, tende infatti insidiosamente a ristabilirsi quella condizione di ineguaglianza da cui la costituzione del "patto di cura" presumeva di allontanarsi: occorre pertanto ritornare all'esigenza di base del patto che prevedeva il coinvolgimento e la corresponsabilità di entrambi i partner chiamati a una vera e propria alleanza.

Le virtù del medico e la 'buona cura'

La classica virtù della *prudenza*, chiamata da Ricoeur "saggezza pratica", richiede che si precisino esplicitamente gli elementi più determinanti di ogni situazione particolare per contestualizzare nel modo migliore la decisione che verrà presa e le sue

giustificazioni etiche. L'esercizio della prudenza cerca infatti di assumere la doppia complessità della medicina, divisa tra istanze generalizzanti e situazioni singolari, dal momento che il passaggio dal tradizionale rapporto a due poli – paziente/medico – a un modello ramificato e composito rischia di trasformare la relazione interpersonale in relazione depersonalizzata, soprattutto se accompagnata a forme crescenti di burocratizzazione della figura del medico. Di conseguenza, l'autonomia, lungi dal ridursi alla sola accezione negativa della "non interferenza", dovrebbe essere intesa positivamente sia come fonte del dovere del medico di informare il paziente e verificare, in un vero e proprio processo di comunicazione, l'effettiva comprensione dell'informazione data; sia come capacità dello stesso medico di ascolto e comprensione delle richieste del paziente, capacità necessaria per individuare le scelte terapeutiche più opportune e rispettose della persona nella sua interezza. Se l'informazione è lo strumento che consente di eliminare o, quanto meno, di attenuare l'asimmetria conoscitiva caratteristica del rapporto medico-paziente, il momento fondamentale di tale rapporto è tuttavia la *comunicazione* reale e non fittizia, sostanziale e non formale, che sola può consentire lo scambio di opinioni, ansie, dubbi. Nessuna scelta risulta facile e il medico oggi – in quanto destinatario di un fondamentale dovere di garanzia nei confronti del paziente – dovrebbe diventare sempre più consapevole che alleanza terapeutica significa condividere le gioie e le sofferenze che fanno parte dell'evoluzione della malattia. Decisivo è dunque il momento dell'*ascolto* in cui il medico è impegnato a

recepire i bisogni, le aspirazioni e i valori della persona che ha di fronte al fine di umanizzare il trattamento sanitario e individuare la soluzione ottimale per quel soggetto. Sembra riaffiorare qui il tema classico – delineato da Seneca – della *philiaiatriké*, da intendersi come relazione in cui la reciprocità diviene reciproco *ricoscimento* di cui entrambe le parti beneficiano.

Ritorniamo qui al punto essenziale del patto di cura che vede il ‘consenso informato’ come fase finale di un processo nato da un rapporto di comunicazione empatica tra medico e paziente e richiama la capacità del primo di comprendere i tempi di cui il malato ha bisogno per assimilare la diagnosi e, soprattutto, di individuarne i meccanismi personali di difesa e di adattamento al fine di intenderne la reale volontà. Il ‘chiedere perdono’ come primo dovere del medico coinvolge manifestamente livelli ulteriori e più complessi di responsabilità che rinviano al profondo significato del patto di cura.

Parlare di relazione di fiducia significa affrontare un tema assai rilevante per la riflessione bioetica: quello dell’educazione del medico e degli operatori sanitari. Non ci si può illudere infatti che sia sufficiente definire alcune regole di comportamento o fissare alcuni obblighi cui ottemperare, giacché si tratta anche di acquisire capacità e pratiche di condotta in certo modo esemplari. Educare, dunque, a sviluppare una disponibilità all’ascolto, a ricercare la migliore comprensione dell’altro: ecco riemergere la virtù umanistica del prendersi cura. Questo progetto si fonda su una concezione della bioetica come pedagogia “allargata” e, quindi, come formazione

permanente di professionisti della salute, responsabili e consapevoli dei propri compiti ma anche dei propri limiti. Si chiarisce, dunque, come nel concetto di umanizzazione della medicina vi sia la volontà di contrastare talune derive della cosiddetta medicina tecnologica che hanno portato, coi progressi tecnico-scientifici, a una crescente professionalizzazione, ma hanno altresì condotto a una progressiva perdita d'importanza, nella prassi medica, delle virtù altruistiche.

La salute e la 'buona vita'

Ancora una volta, *Il posto delle fragole* mi sembra ne offra una significativa testimonianza, in particolare mostrando come, nel comportamento pur formalmente ineccepibile del protagonista, attitudini virtuose quali l'ospitalità, la filantropia, la simpatia, che per secoli avevano modellato l'atteggiamento terapeutico, tendano man mano a scomparire dalla sfera morale della cura della salute. Da qui l'invito di Ricoeur di ritrovare il segreto di una *buona cura*, alla luce del fatto che l'idea stessa di salute è andata evolvendosi, riproponendo il significato aristotelico della *buona vita*. Il bene possibile, in una rinnovata concezione del benessere, è infatti tutto ciò che, a partire dalle capacità e dalle opportunità materialmente offerte, è in grado di situare la salute all'interno di un progetto di autorealizzazione della persona. Quello che è in gioco è, dunque, il concetto stesso di salute, non separabile per la

sua intrinseca complessità dai nostri pensieri più profondi sui rapporti tra la vita e la morte, la nascita e la sofferenza, il sé e l'altro. È a questo livello che Ricoeur ritiene possibile inscrivere l'idea di salute nel quadro di una riflessione sulla *buona vita*. La salute è la modalità propria del vivere bene nei limiti che la sofferenza assegna alla riflessione morale [...]. Il desiderio di salute è la figura che, sotto il giogo della sofferenza, riveste l'auspicio di vivere bene¹⁴.

Riprendendo temi sviluppati in *Sé come un altro*, Ricoeur individua nell'etica, distinta dalla morale, la dimensione della vita pratica cui è propria la tensione verso l'autorealizzazione presente in ogni essere umano.¹⁵

Mentre la morale rappresenta il momento deontologico della norma, l'etica si caratterizza in senso teleologico per la presenza del *telos* della buona vita: "un orizzonte popolato dai nostri progetti di vita, le nostre anticipazioni della felicità, le nostre utopie, in breve tutte le figure mobili di ciò che consideriamo segni di una vita compiuta".¹⁶

La deontologia è certo essenziale nel suo riferirsi a valori e a norme di carattere formale che mirano a temperare l'inevitabile relazionalità asimmetrica tra medico e paziente ma – come ci mostra il film – l'esercizio della professione medica esige un livello di consapevolezza e di responsabilità non del tutto realizzato né realizzabile dal solo codice comportamentale.

¹⁴ P. Ricoeur, *Il giudizio medico*, op.cit., p.53. Su una medicina come arte della cura cfr. M. Gensabella-Furnari, a cura di *Il paziente, il medico e l'arte della cura*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2005.

¹⁵ P. Ricoeur, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.

¹⁶ Id., *Etica e morale*, Antologia a cura di D. Iervolino, Morcelliana, Brescia 2007, p. 34.

Se la richiesta del perdono è il primo dovere del medico, per Isak Borg si tratterà indubbiamente di un perdono *difficile* che riguarderà inscindibilmente anche la sua vita personale. È Ricoeur, ancora una volta, a chiarire che 'difficile' è quel perdono che, se deve contribuire alla guarigione della memoria ferita, dovrà prendere sul serio il tragico dell'azione, puntare alla radice degli atti e affrontare il rischio del rifiuto¹⁷.

Per ottenerlo, dagli altri e da sé stesso, Borg dovrà dunque risalire alla fonte dei conflitti e dei torti che hanno caratterizzato drammaticamente la sua vita di medico e di uomo, generando la sua insensibilità e la sua misantropia. Solo così, al termine del cammino, dopo aver avvertito il vuoto della sua esistenza, potrà ritrovare sé stesso e quel che resta della sua umanità instaurando una relazione d'affetto sincero col figlio e colla nuora e avviando un rapporto di autentica simpatia con i giovani compagni di viaggio. È qui, secondo Ricoeur, che il perdono confina con l'oblio attivo, non con l'oblio dei fatti, ma del loro senso per il presente e il futuro,

Nel sogno catartico che conclude il film, in opposizione all'incubo iniziale, un paesaggio di straordinaria bellezza, immerso nella quiete e animato dalla presenza dei genitori che, giovani anch'essi, salutano Isak bambino, il protagonista ritrova l'incanto di quel 'posto delle fragole' che evoca nostalgicamente la stagione della felicità. I pensieri angosciosi si sono placati ed è possibile ormai, grazie al perdono che, anche semanticamente, è dono di

¹⁷ Id. *Ricordare, dimenticare, perdonare. L'enigma del passato*, Il Mulino, Bologna 2004, pp.116-117.

riconciliazione, fare pace col proprio destino e prendere serenamente congedo dalla vita.