

**Abstract:**

Proverò a rovesciare il titolo del convegno e ad analizzare il ruolo dei curati dal punto di vista dei curanti. La cura e il prendersi cura rappresentano, quasi per definizione, le pratiche per eccellenza della medicina, ma storicamente i due concetti hanno assunto declinazioni diverse e non sempre hanno camminato di pari passo. Nell'era pre-scientifica, ha prevalso la care, il prendersi cura, tanto che le guarigioni, se e quando si verificavano, dipendevano essenzialmente dalla capacità di ripresa dell'organismo dei pazienti e dalla premura di chi prestava loro assistenza -le donne all'interno della famiglia, gli schiavi nei valetudinaria dell'antica Roma, i religiosi nei monasteri medievali-. A partire dalla fine del Settecento, la care ha iniziato a essere progressivamente affiancata dalla cure: inizialmente negli ospedali all'interno dei monasteri, o nelle loro vicinanze -in cui ruotavano figure di diversa formazione ed estrazione sociale (medici, chirurghi, barbieri e sottobarbieri)- e poi, con la nascita della medicina clinica, in strutture in cui si praticava l'osservazione sistematica dei pazienti e la sperimentazione scientifica.

Nella contemporaneità, la cure, avvalendosi di potenti mezzi diagnostici e terapeutici, di una specializzazione del sapere sempre più accentuata e delle nuove e sofisticate applicazioni dell'informatica, garantisce risultati certi ed efficaci per un gran numero di problemi. Lo spazio della care, invece, risulta più ristretto rispetto al passato: è auspicabile che ci sia, ma non è contemplata nel paradigma bio-medico che ha dominato la scienza medica per quasi tutto il Novecento. Infatti, in tale modello -che presuppone la netta separazione fra mente e corpo- la malattia è una deviazione dalla norma biologica; la sofferenza del paziente è riferibile solo a cause di ordine fisico-biologico; conseguentemente i medici devono agire sulle malattie e non su coloro che soffrono per quelle malattie.

Oggi, da più parti, tale visione "scientifica" della medicina è avvertita come "disumanizzante". Antropologi, filosofi, medici, pedagogisti, psicologi, sociologi e storici concordano nell'osservare che il passaggio dall'anamnesi e dall'esame fisico a una pratica medica dominata prevalentemente dalla scienza e dalla tecnica non ha portato con sé solo risultati più efficaci contro le patologie, ma anche un nuovo modo di considerare il paziente, che viene a costituire un "organismo" che può essere "misurato" e studiato dettagliatamente fino alla sua ultima cellula. In tale modello, il tradizionale rapporto medico-paziente -in cui chi cura non si limita a curare, ma, coniugando la dimensione clinica e quella antropologica, "si prende cura" in senso più ampio di chi sta male- si trasforma in un incontro fra terapeuta e malattia, intesa esclusivamente in senso biologico. Il paziente come individuo scompare o quasi dall'orizzonte di senso dei medici, in quanto nelle pratiche di cura non è rilevante individuare e approfondire gli elementi psicologici e sociali della sua storia di malattia (chi è la persona che deve essere curata, qual è il suo mondo, le sue preferenze, le sue aspettative). C'è di più. Se la relazione medico-paziente non è un confronto fra due realtà soggettive -ma solo l'incontro di un oggetto (il paziente-organo malato) con un soggetto (il medico)- è inevitabile che il professionista diventi anche depositario unico di sapere e di potere.

Negli anni Settanta, Eliot Freidson ipotizza un declino della dominanza medica. Ciò significa che il paziente può diventare soggetto "attivo", ovvero acquistare più "potere", fino a rendere conflittuale la relazione di cura. Così avviene, ad esempio, nel caso della "mutual participation", dove i pazienti possono prendersi cura di sé stessi, come succede per alcune malattie croniche, ad esempio il diabete. In questo caso il medico non sa esattamente cosa sia meglio per il paziente e ricercarlo diviene l'essenza stessa della relazione terapeutica. Le osservazioni del sociologo americano coincidono con la diffusione in medicina del modello bio-psico-sociale, che concepisce la malattia come legata all'esperienza individuale della persona. In sostanza, in tale modello la condizione di malessere non equivale semplicemente a un disequilibrio biologico, ma è influenzata da elementi psicologici e sociali che possono condizionare le reazioni dei pazienti e, dunque, il loro percorso verso la guarigione. Infatti, fra gli elementi chiave del paradigma bio-psico-sociale c'è l'esplicito riferimento al modo in cui deve svolgersi la relazione medico-paziente: il professionista non può limitarsi all'individuazione del sintomo e, quindi, della diagnosi corretta, ma deve concedere al paziente il giusto spazio per articolare le sue preoccupazioni, le sue aspettative, arrivando a una comprensione condivisa della narrativa del paziente, con il paziente. L'unica area in cui ciò sembra avvenire è quella psichiatrica, dove il metodo narrativo rappresenta un modo di *cure and care*. Il passaggio da un modello medico all'altro implica anche un cambiamento nelle dimensioni di *care* e *cure*. Nel modello bio-medico tutto è centrato sulla patologia e sull'esperto che la cura, considerato unico

depositario di conoscenza e di potere. Il contenuto della comunicazione fra medico e paziente è limitato alla dimensione biologica della patologia e il ruolo del malato è quello di ricettore passivo delle decisioni del medico. Insomma, non c'è molto spazio per la *care*, intesa come ascolto, incoraggiamento, sostegno, compassione. Nel paradigma bio-psico-sociale, invece, il paziente è coinvolto attivamente, poiché per il medico è importante sia la patologia sia il vissuto di quella patologia sperimentato dal paziente. Nell'accogliere la storia del paziente, la sua traiettoria di vita, chi cura crea inevitabilmente un coinvolgimento personale con la persona che soffre. Il quadro concettuale sopra delineato sarà adoperato per l'analisi dei risultati di una ricerca basata su interviste biografiche a clinici e chirurghi.

-----

In this paper some reflections on modern medicine are presented. The *leitmotiv* is the focus on the dimensions of "cure" and "care". The first describes the elimination of the cause of a disease from an exclusively technical point of view; the second concerns a combination of informal procedures of assistance based on elements such as attention, encouragement, support, compassion. Curing and caring are medical practices by definition, but the two concepts have not always gone hand-in-hand. Often they have been considered as two mutually exclusive terms and therefore alternatively connected to different social actors. Nursing and medicine, for instance, have been seen, and in many ways still are, as two classical examples of professions with opposite attitudes towards caring and curing. But the difference of professions is not the only variable involved in shaping caring and curing attitudes. Other variables are concerned. Gender, projects of professionalization, different kinds of sickness, social and political changes, national peculiarities, all of them *work together to complicate* the unilateral occupational expectations. It is very likely that today cure cannot exist without care and there are not so specific and clear cut distinctions anymore.

**Keywords:** care, cure, physicians, patients