

Antonia Chiara Scardicchio

CURARE, GUARDARE

Epistemologia
ed estetica dello sguardo
in Medicina

FrancoAngeli

Educazione e politiche della bellezza

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



Educazione e politiche della bellezza

collana diretta da Francesca Antonacci, Monica Guerra, Emanuela Mancino e Maria Grazia Riva

Comitato scientifico

Jurij Alschitz, *European Association for Theatre Culture, Berlin (Deutschland)*

Maresa Bertolo, *Politecnico di Milano*

Cheryl Charles, *Children & Nature Network, Minnesota (USA)*

Mariagrazia Contini, *Università di Bologna*

César Donizetti Pereira Leite, *Universidade Estadual de São Paulo (Brasil)*

Maurizio Fabbri, *Università di Bologna*

Marcello Ghilardi, *Università di Padova*

Ana Lucia Goulart de Faria, *Universidade Estadual de Campinas (Brasil)*

Elena Luciano, *Università di Parma*

Susanna Mantovani, *Università di Milano-Bicocca*

Paolo Mottana, *Università di Milano-Bicocca*

Marisa Musaio, *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*

Silvia Nogueira Chaves, *Universidade Federal do Pará (Brasil)*

Lola Ottolini, *Politecnico di Milano*

Chiara Panciroli, *Università di Bologna*

Núria Rajadell-Puiggrós, *Universitat de Barcelona*

Pier Giuseppe Rossi, *Università di Macerata*

Michela Schenetti, *Università di Bologna*

María Ainoa Zabalza-Cerdeiriña, *Universidad de Vigo (España)*

Franca Zuccoli, *Università di Milano-Bicocca*

L'educazione è espressione di una sensibilità politica capace di trasformare il mondo a partire dalle sue molteplici possibilità. La bellezza è intesa come apertura di responsabilità, non solo teoretica ma soprattutto espressiva, di quelle parti che fuori o dentro al soggetto ancora possono nascere o mutare, producendo cambiamento, senza incorrere in pretese di gradevolezza, completezza o modellizzazione.

Al fine di intercettare e promuovere pensieri e pratiche che testimoniano l'interdipendenza delle dimensioni etica ed estetica, la collana accoglie studi e ricerche che esplorano le questioni e gli eventi educativi come espressioni di quella vitalità creativa e poetica capace di far affiorare nel mondo le connessioni tra i singoli, le comunità e i contesti.

Educazione e politiche della bellezza percorre itinerari metodologici, ermeneutici e teorico-filosofici lungo i quali il pensiero e la prassi possano essere sempre più capaci di progettarsi e progettare trasformazioni sensibili come orizzonti dell'educare.

La collana si rivolge a studenti, educatori, insegnanti, formatori, studiosi, professionisti della relazione e a quanti vivano e intendano proporre, per sé e per gli altri, la bellezza come forma vivente dell'apprendimento.

Tutti i volumi pubblicati sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Antonia Chiara Scardicchio

CURARE, GUARDARE

Epistemologia ed estetica
dello sguardo in Medicina

Educazione e politiche della bellezza

FrancoAngeli

Pubblicazione realizzata con i fondi per l'attuazione della politica della qualità della ricerca e della terza missione del Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Foggia.

*Immagine di copertina di Marina Fiorentino.
Si ringrazia l'autrice per la gentile concessione*

Copyright © 2019 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione. L'interstizio tra umano e scientifico, di <i>Christian Pristipino</i>	pag. 9
Parte prima	
La cura dello sguardo di chi cura	
1. Questioni di sguardi	» 15
2. Umano, troppo umano	» 21
3. La vertigine della lista	» 26
4. Umanità del medico, umanità della Ministra	» 29
5. Non vedere di non vedere	» 34
6. Pensare, credere	» 42
7. Interdipendenze (Il cielo in una stanza)	» 47
8. Una ricerca del medico su sé stesso	» 52
9. La guerra dei mondi?	» 63
10. Sguardi obliqui in medicina	» 68
11. «Lo spaesamento, l'oscillazione»	» 74
12. L'Umano. Scientificamente?	» 78
13. Il medico e le sirene	» 82
14. Cambia lo Sguardo. Lo Sguardo Cambia. Esercizi di visione (e visioni) per la medicina	» 89

Parte seconda Contrappunti

Contrappunto 1	pag. 93
Inquadrature	
Contrappunto 2	» 96
Imparare a guardare	
Contrappunto 3	» 104
L'enigma della forma	
Contrappunto 4	» 107
«Il territorio dell'immagine che sfugge al discorso»	
Contrappunto 5	» 110
Angeli e diavoli	
Contrappunto 6	» 117
L'illusione del controllo	
Contrappunto 7	» 118
«Una cosa piccola non è una piccola cosa»	
La vocazione a una osservazione ravvicinata	
Contrappunto 8	» 123
Accettare di interrogare il modo in cui pensiamo	
Contrappunto 9	» 131
Monologo del Non So	
Contrappunto 10	» 134
L'illusione della previsione	
Contrappunto 11	» 135
Sguardi, cecità	
Contrappunto 12	» 143
Claudicanze	
Conclusione	» 145
Ancora il medico claudicante	
Post scriptum bio-professionale	» 149
Bibliografia	» 151
Ringraziamenti	» 171

*Alle Suore della Comunità "Santa Beretta Gianna" di Tuglie,
senza le quali questo libro non sarebbe mai stato:
a suor Paola e suor Cecilia,
suor Anna e suor Maria,
ed ai loro sguardi sul mondo.
E su di me.*

Prefazione

L'interstizio tra umano e scientifico

La medicina sta vivendo in questi anni uno dei mutamenti più profondi della sua storia nelle pratiche e nelle prospettive.

A determinare questo cambiamento è la ricerca di un nuovo approccio che sia capace di rispondere in maniera inclusiva alle nuove richieste di salute, inevase dagli approcci classici. In negativo, questo è reso urgente dal raggiungimento simultaneo di un punto critico in molti processi: conflitti nella relazione medico-paziente, mancata integrazione degli innumerevoli percorsi organizzativi, difficoltà a integrare evidenze scientifiche e unicità della persona, crisi della sostenibilità dei sistemi sanitari, cambiamento sociale determinato dalle nuove tecnologie, impossibilità a gestire il sapere medico esploso in quantità (1.5 milione di pubblicazioni l'anno) e qualità (innumerevoli specializzazioni). D'altra parte, in positivo, l'emergenza di possibilità fino a poco tempo fa impensabili stanno determinando un diverso modo di approcciare la realtà. La disponibilità di tecnologie come l'*internet-of-things* (internet 3.0), l'intelligenza artificiale, lo studio completo del genoma a basso costo, la possibilità di ottenere molti parametri (fisiologici o organizzativi) in tempo reale e di elaborarne gli enormi flussi di dati, stanno finalmente aumentando enormemente la precisione di predizioni e cure a livello individuale. Inoltre, stanno venendo a maturazione approcci come la psico-neuro-endocrino-immunologia e gli strumenti narrativi, che prospettano una nuova integrazione del qualitativo e del quantitativo in medicina.

In modo simile a quanto realizzato dalla fisica quantistica e relativistica nella prima metà del secolo scorso, queste opportunità stanno generando un nuovo sguardo capace di operare con rigore in dimensioni finora inaccessibili. Infatti, lo studio di queste interconnessioni, a causa della loro diversità qualitativa e di scala, richiede di focalizzare la dinamica delle relazioni, i loro principi organizzativi e le loro perturbazioni, più che mi-

rare a una mera predizione numerica degli eventi. Questo genera rigorosi modelli di organizzazione e di emergenza della complessità propria della scienza dei sistemi, superando l'immaginario di un perfetto controllo meccanicistico.

Operare questa transizione sistemica di una intera comunità, direi anche di una intera cultura, si annuncia come operazione lunga e difficile. Se, infatti, è già complicato cambiare a livello quantitativo, mappando i processi da intracellulari a quelli di organismo, diventa ancor più impegnativo quando a queste dimensioni si devono aggiungere interazioni difficilmente "pesabili" come le dimensioni emotive, valoriali, sociali e organizzative, che pure hanno un'influenza decisiva nel determinare l'insorgenza e gli esiti delle malattie nonché il successo delle cure. L'infarto, per esempio, è scatenato da un'emozione nel 30% dei casi. Ma come si pesa un'emozione e la sua ripercussione sul biologico? Questo comporta l'evoluzione da un modello di medicina di tipo essenzialmente "reattivo", focalizzata sull'osservazione cosiddetta "oggettiva", a una medicina pro-attiva, basata sull'individuazione dell'intera rete dinamica di relazioni, incluse quelle meno quantificabili e quindi il coinvolgimento soggettivo di curante e curato.

Un vero e proprio esodo attraverso il Mar Rosso in cui le acque che si aprono in due muraglie sono da una parte la necessità di fornire soluzioni e dall'altra la complessità che non è dominabile in modo assoluto. Queste acque devono rompere il loro conflitto, dovuto a una epistemologia non adatta, e separarsi per lasciar passare un popolo alla ricerca di una terra promessa. Questo è l'orizzonte che, a ben guardare, si disegna davanti la rivoluzione sistemica che si sta realizzando sotto i nostri occhi, dentro i nostri occhi e nelle nostre coscienze. Ben oltre una rivoluzione di strumenti. Perché perseguendo la precisione, la risposta esatta a ciascuno e in ogni momento, abbiamo scoperto che non potremo mai averla neanche in linea teorica perché è necessario integrare il qualitativo, il bello, l'emozione, il valore, l'unico, l'irripetibile, per essere capaci di una previsione nel mondo reale. Perché ognuno di noi è carne fatta qualità. Il corpo sano serve per far emergere un benessere qualitativo ricco, appagante, vivente... e contemporaneamente il qualitativo si fa carne: le emozioni si trasformano in impulsi nervosi che viaggiano in tutto il corpo, in ormoni che strutturano il biologico, attivano o reprimono geni, guariscono o fanno ammalare.

Non si può far uscire la precisione dai laboratori, e aiutare veramente le persone, noi stessi, senza contaminarla con questo qualitativo. Paradossalmente è necessario perdere la precisione teorica, per ritrovarla nella realtà, in alcune circostanze precise, magari anche irripetibili. Contaminare "come dovrebbero andare le cose" con attese, paure e desideri. E allora la cura

diventa un cammino a due, dove i pazienti non vanno dove “dovrebbero”, e si entra in un mondo del miglior bene possibile in circostanze precise. Due facce della stessa realtà. Le due muraglie di acqua del Mar Rosso da attraversare sulla terra asciutta.

Chiara Scardicchio in questo libro ci accompagna in questo esodo. Non spinge, non tira, non lo impone, semplicemente dice “il re è nudo”: che tu sia medico o paziente, e sei tutti e due, “guardati”. Come uno specchio andato in frantumi, ogni pagina che scorre inarrestabile, singolarmente liscia e veloce, restituisce al lettore il frammento di una verità. Ma attenzione, non è un libro introspettivo, che “tiene la mano” del fragile curante nell’ennesima riscoperta che i medici in fondo hanno un cuore e che siamo tutti più buoni e più belli quando lo accogliamo.

È invece una sorta di manuale epistemologico per indurre altre modalità professionali, altre *skill* assolutamente fondamentali per la pratica di cura quotidiana. E per farlo non utilizza improbabili tecniche o ricette perfette ma modalità non classiche, risonanze e induzioni, per «apprendere forme di conoscenza e ricerca centrate sull’accoglienza sistemica del complesso». In definitiva propone un percorso tra le acque del Mar Rosso, «l’interstizio tra umano e scientifico», perché le sue acque possano finalmente riunirsi – dentro di noi – dopo il nostro passaggio, e consentirci di superare i punti ciechi della cura. Perseguendo uno sguardo estetico formato in modo rigoroso, ci accompagna nella costruzione di una postura capace di essere elastica tra modelli diversi, multidimensionali. Unica premessa possibile per essere capaci di vedere l’unicità della persona nel suo contesto (“il mai-visto-prima e il mai-visto-prima-di-così”) e, con rigore, di divenire capaci di fare previsioni «perché in grado di concepire/anticipare anche imprevisti, non-visti, sviste». Una predizione basata sullo *et-et* e non sull’*aut-aut*, quindi non assolutizzante, non escludente, non riducente, non spezzettante.

Uno dei tanti meriti di questo libro è la proposta di strumenti utili allo sviluppo di questo pensiero, esercizi in contrappunto, non difficili né faticosi, anch’essi originali nella loro forma antologica, che possono aiutare alla costruzione cognitiva e incarnata di questo pensiero oscillante, nel senso di connettente. Prendendo l’abitudine di giocare con diverse cornici di contesto è possibile entrare in un mondo multidimensionale connesso, in cui stessi processi possono essere letti in diversi ambiti. E in fondo, l’oscillazione, la vibrazione, non è forse isomorfa alle realtà essenziali della materia, del nostro sapere, della vita stessa? E essere isomorfi con la vita è quello che può realmente far aprire “sesamo”, la porta della relazione, tanto più necessaria nel momento in cui la medicina sta per far salire a bordo la tecnologia più esasperata.

Un percorso raro che esce dalle teorie sistemiche per entrare nella pratica sistemica.

Pratica necessaria per aiutare il mondo medico a completare la transizione ed entrare nella medicina personalizzata, tenendo insieme l'umano e lo scientifico con rigore e fantasia.

Christian Pristipino

Cardiologo interventista

Fondatore e Past-President dell'Associazione Italiana
di Medicina e Sanità Sistemica

Parte prima

La cura dello sguardo di chi cura

1. Questioni di sguardi

Il medico contemporaneo si trova così nella stessa condizione dello sciamano, a trattare intrecci di corpo e anima, piccoli e grandi grovigli di dolore fisico, timori e attese; senza però avere dello sciamano la fede nelle energie profonde o supreme che governano il cosmo e il contatto sottile con l'umano che soffre e si interroga.

Funzionario del sistema del welfare e nello stesso tempo terminale di un apparato scientifico-tecnologico gigantesco, di cui controlla appena qualche piccola area, il medico si trova a far fronte a una domanda quotidiana che viene dagli strati più intimi della condizione umana: libera nos a malo.

Ma non possiede ormai che la sua tecnica, sempre più specializzata e settoriale, per incontrare il dolore o la sua minaccia, per misurarsi con l'aspettativa smisurata dei pazienti che vogliono cancellare la sofferenza e tacitare la paura.

Alberto Melucci

Sono ormai passati quasi vent'anni. Da quando Byron Good scriveva, in un testo coraggioso, che le facoltà di medicina occidentali insegnano, prima che i contenuti, un modo particolare di *guardare*. O, meglio di *non guardare* (1999, p. 111): istruire a vedere soltanto la malattia e non il malato, per esser certi di vedere. Vedere meglio.

Così da quando, moltissimi anni fa, mi colpì quella lettura, mi interrogo intorno a quel vedere/guardare: tengo lì il centro relativo allo sviluppo di ogni competenza relazionale. Tutto dipende da come tu *guardi*. E allora proprio lo *sguardo* – lungi dall'essere una questione retorica – è domanda cruciale in medicina. Invero, per ogni relazione. Ma, in particolare, per una relazione in cui uno dei due ha l'ufficiale compito di essere il Guardante e l'altro il Guardato. *Ufficialmente*: una relazione in cui il potere dello sguardo che *de-finisce* è sancito dalla norma ma anche dallo stesso Guardato che sì, se è dentro quella relazione è perché necessita di uno sguardo. Di uno sguardo *particolare*.

Svolgere ufficialmente il mestiere del Guardante: avere la responsabilità di uno sguardo a cui non sfugga l'evidenza. Essere medico implica questioni potenti in ordine a questo vedere/guardare. Sintesi incredibile di pro-

cessi numerosi e complessi, lo sguardo dice di una competenza che è tanto cognitiva quanto emotiva, tanto tecnica quanto relazionale.

Gli sguardi sono questione principale per gli studiosi di neuroscienze: dentro questa espressione sta tutto il mondo del nostro funzionamento cerebrale che è mentale e corporeo, logico e analogico. Ogni sguardo contiene un infinito agitarsi di mondi interiori ed esteriori, fusi in uno spazio terzo che è ogni volta una relazione: troppa roba. Decisamente troppa mescolanza e troppa indeterminazione per la chiarezza medica. E allora?

Allora meglio evitare. Meglio imparare a *guardare senza guardare*. Un paradosso, lo so. Ma così è la natura che assumiamo noi tutti, ogni qualvolta che cerchiamo di... *guardare meglio*. Anche questa è una contraddizione. No, non è apparente: è proprio reale. Ci appartiene profondamente. Appartiene allo scienziato tanto quanto al pensatore nella sua quotidianità, questa strategia di evitare, evitarsi, semplificarsi, semplificare per poter accedere alla realtà: e così, paradossalmente, complicarsi. Eterogenesi dei fini. Terribile e comica al contempo.

Quando provo a descrivere meglio questo nostro bisogno di controllo, questa umana necessità di *circoscrivere* lo sguardo, di *focalizzare* pensando di perfezionare la nostra visione, mi viene in mente una storia. Una particolare. Immaginata eppure, come molta immaginazione, più capace del reale nel descrivere il reale stesso: c'era una volta il signor Palomar. Aveva, sì, il medesimo nome di un famoso osservatorio americano.

C'era una volta Palomar e c'è ancora: è il «sistematore di eccezioni» (Belpoliti, 2006, p. 238):

... la sua regola era questa: primo, costruire nella sua mente un modello, il più perfetto, logico, geometrico possibile; secondo, verificare se il modello s'adatta ai casi pratici osservabili nell'esperienza; terzo, apportare le correzioni necessarie perché modello e realtà coincidano. Questo procedimento, elaborato dai fisici e dagli astronomi che indagano sulla struttura della materia e dell'universo, pareva a Palomar il solo che gli permettesse d'affrontare i più aggrovigliati problemi umani, e in primo luogo quelli della società e del miglior modo di governare. Bisognava riuscire a tener presenti da una parte la realtà informe e dissennata della convivenza umana, che non fa che generare mostruosità e disastri, e dall'altra un modello d'organismo sociale perfetto, disegnato con linee nettamente tracciate, rette e cerchi ed ellissi, parallelogrammi di forze, diagrammi con ascisse e ordinate [...].

Il modello è per definizione quello in cui non c'è niente da cambiare, quello che funziona alla perfezione; mentre la realtà vediamo bene che non funziona e che si spappola da tutte le parti; dunque non resta che costringerla a prendere la forma del modello, con le buone o con le cattive (Calvino, 1983, p. 107).

Palomar, in fondo, è un sognatore.

Come Cartesio, Linneo, Laplace. Come il medico a cui studiando si insegna a sognare di poter guardare nominando, ordinando tutto il reale.

Come ognuno di noi, tutto sommato, ogni qualvolta pensando misura.

Costruiamo *modelli*. Per non dover improvvisare. Per prevedere, controllare, gestire l'ansia di dover sempre ricominciare.

Palomar, allora, è icona e simbolo: del sogno dell'ordine e del controllo, della idea di diagnosi e cura – isomorfica alla scienza galileianamente intesa – che coincide col paradosso di pensare di vedere-tutto senza accorgersi di stare vedendo-solo-una-parte:

Il signor Palomar è in piedi sulla riva e guarda un'onda. Non che egli sia assorto nella contemplazione delle onde. Non è assorto, perché sa bene quello che fa: vuole guardare un'onda e la guarda. Non sta contemplando, perché per la contemplazione ci vuole un temperamento adatto, uno stato d'animo adatto e un concorso di circostanze esterne adatto: e per quanto il signor Palomar non abbia nulla contro la contemplazione in linea di principio, tuttavia nessuna di quelle tre condizioni si verifica per lui.

Infine non sono le onde che lui intende guardare, ma un'onda singola e basta: volendo evitare le sensazioni vaghe, egli si prefigge per ogni suo atto un oggetto limitato e preciso (Calvino, 1983, p. 107).

Soffermare lo sguardo su di un *punto*: questo è il cuore dell'analisi.

Comprendere l'onda guardandone *un punto soltanto*: questa è astrazione.

Mi ha ricordato taluni ortopedici che ho incontrato. Ma non solo. Anche taluni ginecologi. E pneumologi. Ecco, la storia di Palomar a me appare come racconto del funzionamento analitico, interpretato come unica forma del pensare e procedere scientifico. Come lo guarda il mare?

Palomar – poeticamente, forse suo malgrado – ricalca la forma della formazione medica occidentale (Jaspers, 1991; Gadamer, 1994; Bertolini, Massa, 2003; Riva, 2003; De Mennato, 2011): perché Palomar mentre conosce, cosa sogna?

Mettere ordine.

Il suo obiettivo è la conoscenza intesa come classificazione-nomenclatura, come l'enciclopedica operazione di Linneo: conoscere come categorizzare e, dunque, purificare. Togliere le ombre. Depurare. Da cosa? Da ciò che sfugge e anche da sé. Palomar per conoscere (si) *astrae*¹.

1. Ed è proprio tale sguardo oggettivante, inteso quale garanzia di scientificità, ad aver fatto sì che «la teoria medica occidentale» si distinguesse per «le capacità e le abilità connesse alla dimensione tecnica [...] a scapito della capacità e dell'abilità di curare. L'esperto medico è sempre più concentrato sul funzionamento di una singola e specifica parte del corpo umano, ha strumenti sempre più precisi per intervenire in modo microscopico

Questa «istanza purificatrice» (Belpoliti, 2006, p. 93), che è la forma della scienza settecentesca – così come la forma della scienza della nostra

o molecolare sulla patologia, ma rischia di perdere la visione d'insieme [...]» (Colombo, in Bucchi, Neresini, 2001, p. 155). La questione, affrontata da Foucault, Illich, Jaspers e numerosi studiosi in tutte le culture ormai da tempo, mi pare sia stata problematizzata con chiarezza in un saggio di Zuppiroli che riporto come sintesi di quello che è, di fatto, lo sfondo ed il punto di partenza da cui muove questo volumetto: «La malattia, ammesso e non concesso che esistano le malattie come entità a sé stanti, si manifesta variabilmente nel singolo individuo. Il corpo è come un teatro di traduzione della malattia, con una declinazione tutta specifica, un “hic et nunc” che esprime il modo particolare con cui ogni persona si ammala, facendo sì che l'ammalato sia sempre qualcosa di più della sua malattia. Se da una parte la teoria neodarwiniana dell'evoluzione riconosce nella variazione individuale all'interno di una data specie, e non nel tipo generale, nel modello, la realtà biologica ultima, dall'altra oggi si assiste a una deriva iperpositivistica, a un deferente omaggio al paradigma biologico che vede la variabilità alla stregua di un'anomalia, un'eccezione, una sorta di devianza da correggere. La varietà, la diversità dei fenomeni biologici rischiano infatti di contrastare l'esigenza primaria dell'indagine scientifica, cioè quella di confrontarsi con un oggetto stabile, ben definito, i cui dati possono essere generalizzati. Ma non è riducendo la variabilità, riportando gli scostamenti allo standard che si aumenta la salute. Basti pensare al ritmo del cuore, dove è proprio l'assenza di variabilità, di adattabilità dell'intervallo tra i battiti che ha una pessima prognosi. Ricordiamoci, con Karl Jaspers, che classificare, diagnosticare e conoscere non sono sinonimi, che spiegare non significa comprendere. Il riduzionismo scientifico non può bastare: il come non è il perché, i fatti non sono i significati. Il dominio del paradigma empirico fa sì che l'attenzione sia sempre più focalizzata sul segno, sul sintomo, dimenticando chi lo esprime e oggettivandolo, al punto che non solo il malato si riduce alla malattia, ma la malattia al suo segno.

Il Medico, focalizzato com'è sulla “disease”, la malattia come patologia oggettiva, presta sempre meno attenzione alla “illness”, la malattia come infermità, e ancor meno alla “sickness”, ossia la malattia intesa come disturbo, come percezione sociale della malattia individuale. Nella pratica medica, soprattutto in ospedale, la riduzione da malato a malattia è purtroppo costante. Basterebbe invece tenere a mente le parole che Tolstoj mette in bocca a Ivan Illich, quando ci ricorda che “la questione non è l'intestino cieco, non è il rene, ma la vita e la morte. Sì, c'era la vita, e adesso se ne stava andando, e io non posso trattenerla...”. La vita di Ivan Illich, una non vita, un lungo torpore mortale pieno di cose morte, un lungo inganno, trova il suo senso proprio alla fine: da una parte i fatti, dall'altra i significati!

I nomi, le parole, i testi, hanno un'importanza strategica, decisiva, eppure la fredda asetticità del linguaggio medico sembra dimenticarsene. Durante lo stesso ricovero, un paziente può sentirsi definire i suoi dolori al petto e le sue crisi di affanno come: attacco cardiaco, infarto miocardico, angina instabile, trombosi coronarica, grave ischemia al ventricolo sinistro. Ognuna di queste definizioni legge una piccola e specifica parte del fenomeno: il risultato è che quel paziente ne può uscire a pezzi.

Il riduzionismo della cura determina una sempre maggiore attenzione ai segni, di fronte ai quali si attua rapidamente un “trattamento”, rischiando di non prendersi cura della persona nella sua globalità. Non solo: si riduce la malattia al segno, addirittura il segno ai fattori di rischio (vedi il caso del Colesterolo o dell'Ipertensione), con la conseguenza di trasformare un fattore di rischio in malattia. Tipico esempio è quello dell'Ipertensione, dove le Linee Guida spostano i valori di normalità sempre più verso il basso e determinano l'arruolamento di un numero sempre maggiore di persone nelle legioni dei “malati

quotidianità – non è la forma della realtà: e così, al cospetto della complessità dell'onda, che non si riesce a ridurre-scomporre-domare, Palomar:

... arriva fino a provare un leggero capogiro e non oltre. L'ostinazione che spinge le onde verso la costa ha partita vinta: di fatto si sono parecchio ingrossate. Che il vento stia per cambiare? Guai se l'immagine che il signor Palomar è riuscito minuziosamente a mettere insieme si sconvolge e frantuma e disperde. Solo se egli riesce a tenerne presenti tutti gli aspetti insieme, può iniziare la seconda fase dell'operazione: estendere questa conoscenza all'intero universo. Basterebbe non perdere la pazienza, cosa che non tarda ad avvenire. Il signor Palomar s'allontana lungo la spiaggia, coi nervi tesi com'era arrivato e ancor più insicuro di tutto (Calvino, 1983, p. 10).

Al cospetto della complessità degli astri, Palomar si sente soverchiato. E l'onnipotenza si trasforma in impotenza:

Questa osservazione delle stelle trasmette un sapere instabile e contraddittorio, – pensa Palomar, – tutto il contrario di quello che sapevano trarne gli antichi. [...] Se lui si obbligasse a contemplare le costellazioni notte per notte e anno per anno, e a seguirne i corsi e i ricorsi lungo i curvi binari della volta oscura, forse alla fine conquisterebbe anche lui la nozione d'un tempo continuo e immutabile, separato dal tempo labile e frammentario degli accadimenti terrestri. [...] Soverchiato, insicuro, s'innervosisce sulle mappe celesti come su orari ferroviari scartabellati in cerca di una coincidenza... (Calvino, 1983, p. 49).

Così descritto, evoca persino tenerezza questo sogno/bisogno di Palomar, che è lo stesso di quella scienza, e quella medicina, che fideisticamente descrive qualsivoglia (s)oggetto di conoscenza a *prescindere* dal descrittore, la convinzione di essere 'neutri', intangibili, disincarnati: il delirio di essere Dio, insomma. Tant'è che, nel corso della sua ricerca, Palomar proverà a diventare *morto*: centra l'obiettivo della scienza e della medicina per la quale l'osservazione è *episteme* – e non *doxa* – solo se prescinde dall'osservatore. Calvino riprese questa tensione descrivendola straordinariamente in un'altra sua meditazione:

senza sintomi". Così come le offerte di screening, che non fanno altro che provocare una progressiva medicalizzazione della vita. E paradossalmente quando il sintomo è il dolore, forse proprio il sintomo per antonomasia, allora non ci se ne cura, se è vero che la legge Veronesi, nata per favorire la terapia del dolore (Legge 12 dell'8 febbraio 2001) non ha determinato, a oltre tre anni dalla sua entrata in vigore, nessun aumento delle prescrizioni di oppioidi, tanto che l'Italia è agli ultimi posti nella graduatoria mondiale. Manca la formazione, l'attenzione a una grande invalidità dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale. Non è perché la morfina non "rende" più da un punto di vista economico a chi la produce e a chi la vende?» (Zuppiroli, 2005, p. 100).

Come scriverei bene se non ci fossi! Se tra il foglio bianco e il ribollire delle parole e delle storie che prendono forma e svaniscono senza che nessuno le scriva non si mettesse di mezzo quello scomodo diaframma che è la mia persona! (Calvino, 1996, p. 99).

Ogni volta che la rileggo, ripenso al paradigma di medicina che più frequentemente ho incontrato. E anche di molte relazioni di diagnosi e cura: dove, come Palomar, c'è sempre qualcuno che risponde alla complessità con la statistica (Vineis, 1999).

Secondo molte teorie e molte pratiche nella medicina, questa visione – esattamente questa onirica rappresentazione – è il *Metodo*. Sicché la scienza – pur luogo di aspirazione a una *ipervisione* persino – coinciderebbe curiosamente con questa particolare forma di inconsapevole parziale *cecità*.