

Curare ripartendo dal territorio: verso una medicina di famiglia sistemica

di *Sergio Boria*

Psichiatra – psicoterapeuta

Presidente AIEMS

Sommario

Questo saggio intende esplorare la possibilità di ripensare il contesto sanitario secondo un'epistemologia sistemica, ripartendo dal territorio, dall'assistenza primaria, e dalla figura professionale del medico di famiglia, inteso quest'ultimo come il naturale depositario di un approccio complesso alla promozione della salute e alla cura.

Parole chiave

Approccio sistemico, complessità, interdisciplinarietà, medicina di famiglia, cura.

Summary

This essay explores whether we can rethink the sanitary context according to a systemic epistemology, starting from the territory, the first treatment and the family doctor; this professional figure is considered as the natural keeper of a complex approach to the promotion of health and care.

Key words

Systemic approach, complexity, interdisciplinarity, family medicine, care.

Introduzione

Con questo saggio la mia intenzione è quella di dare alcune indicazioni su come, a mio parere, possa e debba essere rifondato l'approccio alla cura in ambito sanitario. In tal senso, credo che la prima operazione da fare sia quella di ripensare i concetti di salute, malattia e cura, utilizzando un'epistemologia di tipo sistemico, e ri-organizzare la rete dei servizi sanitari e le pratiche professionali alla luce di tali ripensamenti. Ecco allora che la modalità con cui ad esempio l'OMS definisce il concetto di salute (*“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”*) risulta incompleta in quanto si limita a mettere per così dire una accanto all'altra le varie dimensioni (fisica, psichica e sociale) invece di coglierne l'intreccio complesso e sostanzialmente dinamico. E' fondamentale inoltre compiere il passaggio da una visione di stato (*“stato di completo benessere....”*) ad una visione di tipo processuale, in grado di cogliere la natura emergente di ciò che chiamiamo salute e malattia. Se è vero infatti che un sistema non è la semplice somma delle sue parti, è altrettanto vero che è proprio dall'interazione tra le sue parti che emergono la sua struttura ed una serie di caratteristiche specifiche. Nel caso di una persona è importante notare che il suo corpo è modellizzabile come un sistema, e lo stesso vale ad esempio per la sua famiglia e per la sua più ampia comunità sociale d'appartenenza. La salute di una specifica persona è quindi descrivibile come una sorta di proprietà emergente da un meta-processo che

risulta dall'intreccio di una serie di sotto-processi interagenti in parallelo, seppur collocati a diversi livelli organizzativi, e tutti pertinenti alla vita della persona in questione. In questo contesto interpretativo acquista valore il concetto di *Equilibrio*, già caro ai filosofi naturali dell'antica Grecia e che poi, attraversando la storia del pensiero filosofico e scientifico, ha trovato (insieme al concetto di feedback negativo) una sua centralità nei modelli della Cibernetica.

Quanto di più distante, in sostanza, dagli stereotipi culturali oggi dominanti nelle società occidentali, che pongono ad esempio una sorta di equivalenza tra salute ed efficienza.

“Il contesto sociale continua a spingere verso un uso strumentale del corpo, associando il benessere all'efficienza: la cura e l'ascolto del corpo diventano allora un modo per prevenire ed impedire che esso crei ostacoli e non soddisfi le aspettative individuali” (E. Colombo, P. Rebughini, 2006, pag 30)

Si tratta allora di operare sul piano delle idee favorendo una sorta di decolonizzazione nell'immaginario degli attori sociali (utenti, curanti, amministratori, etc.), proponendo nuovi scenari della salute e della cura attraverso modellizzazioni, metafore, pratiche, narrazioni, fondate su un'epistemologia sistemica, che permettano di creare le condizioni prima di tutto culturali affinché il welfare sanitario italiano possa uscire dall'attuale condizione di emparse. Cercherò allora in questo saggio di delineare alcuni nodi tematici e alcuni programmi di ricerca-azione che a mio avviso vanno considerati come punti di riferimento nel delineare una mappa dei servizi sanitari e delle pratiche di cura in grado di confrontarsi con gli elevati livelli di complessità inerenti ai fenomeni della salute e della malattia.

Un concetto chiave, in tal senso, è proprio quello trans-disciplinare di *Equilibrio*. Ecco cosa afferma il filosofo tedesco H.J. Gadamer, mantenendo in proposito una prospettiva correttamente ampia:

“La salute dell'uomo in effetti non rappresenta l'unico stato di equilibrio naturale a cui noi possiamo pensare. Il concetto di equilibrio si presta in modo particolare qualora si voglia comprendere la natura in genere [...] A partire da questi pensieri sulla natura, si può definire l'intervento medico come un tentativo di ristabilire l'equilibrio turbato. In ciò consiste la vera “opera” dell'arte medica.” (H. J. Gadamer, 1994, pag. 44)

L'equilibrio omeostatico è appunto ciò che caratterizza i sistemi viventi, e questo concetto ha attraversato la filosofia (dai filosofi naturali greci fino al citato H. J. Gadamer) così come il pensiero medico (dalla *Teoria umorale* di Ippocrate e poi di Galeno, al *Milieu intérieur* di Claude Bernard, fino alla *Saggezza del corpo* di Walter Cannon, e agli approcci medico-antropologico di Victor von Weizsacher e poi bio-psico-sociale di George L. Engel) o le scienze della vita (L.von Bertalanfy, G. Bateson, H. Maturana e F. Varela, E. Morin, H. von Foerster, etc). Il concetto di equilibrio omeostatico rimanda poi naturalmente ad altri, come quelli di circolarità causale, di calibrazione e di ciclicità. Ma ancora sul concetto di equilibrio H. J. Gadamer afferma:

“Se l'equilibrio naturale viene ristabilito, allora il prodigioso fenomeno della guarigione restituisce all'individuo risanato anche l'equilibrio vitale, nel quale egli era attivamente se stesso. Non c'è da meravigliarsi se invece la perdita di un equilibrio [medico-biologico o biografico-sociale] compromette sempre in pari tempo anche l'altro, poiché si tratta in fondo di un unico grande equilibrio, che mantiene la vita umana o la fa oscillare e che costituisce la sua salute” (H. J. Gadamer, 1994, pag. 50)

Facendo un passo avanti possiamo inoltre dire che i sistemi complessi si sono ormai dimostrati ricchi di eventi contingenziali e di processi non-lineari, seppur nel contesto di quella che Maturana e Varela definiscono *chiusura organizzativa*, la quale fa quindi da vincolo ineliminabile una volta che un sistema si è costituito, e quando poi esso evolve in senso auto-poietico. Nel caso dei sistemi umani, la chiusura organizzativa può intendersi sul piano biologico (livello somatico individuale) o pragmatico-relazionale (ordine negli scambi comunicativi) o anche di senso comune (dimensione culturale). A proposito della chiusura organizzativa di senso, è interessante il concetto antropologico di Ethos proposto da Gregory Bateson.

“L’analisi dei dati Iatmul aveva portato a definire l’ethos come < l’espressione di un sistema culturalmente uniformato di organizzazione degli istinti e delle emozioni degli individui” (G. Bateson, 1976, pag 138)

Ed è appunto nell’intreccio di queste dimensioni auto-poietiche multiple che prende forma ciò che chiamiamo salute o malattia. Ma tornando alle questioni della contingenza e della non-linearità, qui il punto fondamentale nell’economia di questo saggio è che, come diceva scherzosamente proprio Gregory Bateson, diverso è dare un calcio ad un cane piuttosto che ad un sasso. Con il primo, diversamente dal secondo, non puoi calcolare in quale punto il tuo calcio lo indirizzerà; piuttosto rischi che si giri e ti morda. Viene allora in mente il libro *Alice nel paese delle meraviglie* dove l’autore Lewis Carroll descrive una poetica quanto disorientante partita a cricket di Alice, la quale usa come mazze dei fenicotteri che non stanno mai fermi e con i quali cerca di colpire delle palle che in realtà sono istrici. Ecco, possiamo sin da ora affermare che un medico che vuole curare un paziente si trova un po’, volente o nolente, nella posizione di Alice che gioca a croquet. Questo è ciò che accade nella relazione con i sistemi viventi e quindi anche con i pazienti. Il medico non può in sostanza ottenere un controllo uni-laterale di un sistema di cui non può cogliere tutte le possibili interconnessioni interne, e voglio qui aggiungere che per sistema non bisogna in realtà intendere solo il paziente, bensì il paziente-nel-suo-ambiente. In tal modo si definisce un vero e proprio approccio ecologico alla cura, caratterizzato dalla consapevolezza-accettazione della radicale incertezza ed imprevedibilità dei sistemi viventi, e dalla consapevolezza –accettazione della Medicina quale pratica in itinere non alimentata da qualsivoglia forma di conoscenza oggettiva. La conoscenza scientifica sulla quale si fondano le pratiche mediche non ha infatti a sua volta fondamento ontologico. E’ cioè infondata, o se preferite emerge quale costruzione sociale nel contesto di consensualità sperimentale della comunità scientifica. E’ necessario allora sostituire il concetto di Verità con quello di Viabilità, come osserva l’epistemologo Ernst von Glasersfeld.

“ Il valore della conoscenza scientifica, così, non dipende dalla “verità” nel significato dato dai filosofi, ma solo dalla “viabilità”. La nozione di verità, richiederebbe una corrispondenza, cioè, una condivisione di specifici particolari e di aspetti dell’immagine e di ciò che intende rappresentare; la nozione di viabilità (che si riferisce ad azioni e modi di pensare) richiede soltanto compatibilità [.....] Comunque, il concetto di viabilità implica che ci siano o ci saranno ostacoli e limiti che interferiscono con, e ostruiscono, le modalità dell’organismo di ottenere gli obiettivi scelti. E’ sempre possibile che una realtà ontica si manifesti impedendo alcune delle nostre azioni e frustrando alcuni nostri sforzi. Ma anche se succedesse così, questa realtà ontica si manifesterebbe solo nei fallimenti del nostro agire e/o pensare” (E. von Glasersfeld, 1998, pag. 104)

Se allora il medico è da una parte alle prese con l'intreccio inestricabile rappresentato dal paziente-nel-suo-ambiente, dall'altra non può occupare un punto d'osservazione esterno, ma al contrario il suo punto di vista (personale, scientifico, professionale) canalizzerà l'organizzazione dei "dati" clinici restituendogli la piena responsabilità delle sue scelte. E' chiaro che la consapevolezza-accettazione di quanto detto non può che condurre ad un progressivo superamento della Hybris scientifica e alla altrettanto progressiva costruzione di una sorta di *saggezza sistemica*. Quest'ultima, al finalismo cosciente (così come inteso da Bateson) e al precipitarsi nell'azione "terapeutica" (magari sotto forma di protocolli), preferisce un pensiero relazionale che sa esitare indugiando nella non-azione e nell'ascolto. Fatto questo che talora permette ai processi di auto-guarigione (*vis sanatrix naturae*) di innescarsi e funzionare nel migliore dei modi. Nella sua cassetta degli strumenti è bene che il medico abbia quindi una visione di tipo processuale, reticolare, contestuale, ed evolutiva, che sappia confrontarsi con l'incertezza e l'autonomia dei sistemi viventi che vuole curare, avendo come obiettivo la salute intesa come Equilibrio, ma anche come dimensione comunicativa sociale aperta, partecipativa, generativa, creativa, dove in sostanza sia possibile ciò che Bateson definiva deuterio-apprendimento (imparare ad imparare). A tal proposito voglio proporvi un estratto di un metalogo che scrissi per il N°1 di *Riflessioni Sistemiche* nel 2009:

Figlio – Papà, mi piace!

Padre – Cosa in particolare?

Figlio – Beh, questo fatto che un gruppo di persone può avere qualcosa in comune con un corpo.

Padre – Ah sì ... e attenzione! Perché anche le comunità di persone possono essere sane o malate, proprio come un corpo.

Figlio – Mi fai un esempio?

Padre – Per esempio le famiglie sono ambienti dove spesso le persone si mettono d'accordo di fare ognuna una parte, come un ruolo teatrale, però poi può succedere che stanno male.

Figlio – Papà, queste famiglie farebbero bene a pensare, oppure no?

Padre – Certo, perché accadono troppe cose secondo una specie di copione, senza mai pensare, appunto! Le persone sanno già prima cosa si diranno e cosa faranno nello stare insieme.

Figlio – Ma papà, non avevi detto che le persone pensano tanto proprio quando cercano di sapere prima come finiranno le cose?

Padre – Sì, ma una volta che si sono messe d'accordo su come farle finire, poi non pensano più. Sia che finiscano bene e sia che finiscano male. Capisci?

Figlio – Perché le persone fanno così, papà?

Padre – Penso che sia come un autoinganno per vincere la paura. Si tratta di spacciare gli accordi per certezze, e le convenzioni per verità. E' come una specie di trucco.

Figlio – Papà, di quale paura parli?

Padre – Quella dell'incertezza, figlio mio!

Figlio – Uhm

Padre – Perché fai quella faccia? Cosa ho detto di male?

Figlio – Papà, il fatto è che mi sembrava che il nostro discorso stesse filando liscio, ma adesso mi sento un pò confuso.

Padre – Vedi! Si parla dell'incertezza e l'animo si rabbuia!

Figlio – Senti papà ... ma quelle famiglie di prima, dove le persone soffrono, cosa dovrebbero fare?

Padre – Ricominciare a pensare per uscire dall'autoinganno. Però pensare accettando l'incertezza della vita, e con tutta la voglia d'imparare.

Figlio – Imparare cosa, papà?

Padre – Imparare ad imparare! (S. Boria, 2009, pp. 21-22)

Concludo questo capitolo sottolineando come il bravo medico dovrebbe quindi far suo il concetto di Viabilità, rinunciando al concetto di verità e “accontentandosi” di sviluppare pratiche che semplicemente funzionino in relazione ad un obiettivo. Tale atteggiamento dovrebbe però conciliarsi con un costante e rigoroso approfondimento della natura sistemica dell’oggetto osservato (paziente-nel-suo-ambiente), e con l’utilizzo mirato delle conoscenze e delle tecnologie sviluppate dalla medicina moderna. Uno stile di pensiero relazionale e costruttivista dovrebbe in sostanza fare da cornice di senso, e da principio organizzatore, per un uso saggio e sobrio di pratiche e tecnologie anche ma non solo afferenti alla medicina classica. Ecco quanto afferma in tale direzione il grande scienziato ed epistemologo austriaco Heinz von Foerster:

Io proporrei di differenziare science e systemics. Sono due modi di pensare, due forme della percezione, due stili di pensiero. La radice indoeuropea di scientia è ski, che richiama significati quali dividere, separare, distinguere [...]. L'altra via per creare il sapere io la definisco systemics. Chi la segue non divide e non separa, bensì tenta di collegare, di unire e di comparare... entrambi gli stili di pensiero possono essere utilizzati in modo complementare (H. von Foerster, 2001, pag. 145).

Complessità, territorio, assistenza primaria e medico di famiglia

Riprendendo il pensiero di von Foerster si tratta allora per il medico di abbandonare la visione del paziente come “macchina banale”, più o meno misteriosa per la scienza ma pur sempre macchina, ed accettare invece di entrare nel vortice della complessità che si dispiega e talora si impone con crudezza ai suoi occhi, allorchè cerca di comprendere il sistema paziente-nel-suo-ambiente e la relazione che lo lega ad esso in prima persona. Si tratta allora di sviluppare un’attenta sensibilità per le relazioni, evitando quindi un approccio fatto di interventi esclusivamente ad hoc, orientati alla semplice risoluzione sintomatologica, ed imparando a vedere il paziente-nel-suo-ambiente come parte attiva e generativa nel percorso diagnostico e terapeutico. Tale percorso è, di fatto, una co-costruzione, che si realizza a sua volta all’interno di una più ampia rete di relazioni che chiamiamo Sistema Sanitario Nazionale. Ma la tesi di questo saggio è che un S.S.N. che abbia come obiettivi prioritari quello di a) promuovere la salute, e quello di b) intercettare i disagi e le patologie delle persone sul nascere, non possa che puntare sull’assistenza sanitaria primaria, come già metteva in evidenza la WHO quasi venticinque anni fa.

“L’assistenza sanitaria di base fa parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale di cui è il perno e il punto focale. E’ il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il sistema nazionale sanitario avvicinando il più possibile l’assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano” (WHO-UNICEF, 1978)

In particolare ritengo che vada valorizzata la figura del medico di famiglia. Quest’ultima opera nel territorio, entra nelle case delle persone, e se ha la giusta motivazione sviluppa nei confronti dei suoi pazienti una conoscenza di tipo storico, che si declina simultaneamente in termini bio-medici, così come psicologici e sociologici. Si tratta però quasi sempre di una forma di conoscenza implicita o, come la definiva il

filosofo Michael Polanyi, tacita. Potremmo anche descriverla come conoscenza inconsapevole ed incarnata, o agita, che abita cioè silenziosamente le azioni del curante. Una conoscenza che si struttura nel tempo in modo strettamente soggettivo, senza poter disporre sia di un preciso modello che di un preciso linguaggio di riferimento, che siano entrambi condivisi con i colleghi ed oggetto di continuo aggiornamento. Del resto ciò non sorprende se consideriamo quanto i curricula di studio universitari per i medici sono ancora agganciati ad un approccio scientifico ottocentesco improntato al riduzionismo e al meccanicismo. Inoltre il panorama della conoscenza è caratterizzato da una grave frammentazione delle aree disciplinari, sia all'interno che all'esterno del contesto bio-medico. Considerando allora tali questioni in termini evolutivi, si può affermare che è in atto uno squilibrio tra un eccedente processo di differenziazione/proliferazione dei campi di studio-ricerca ed un carente processo d'integrazione tra gli stessi. Tali due processi (differenziazione ed integrazione) dovrebbero al contrario essere ben equilibrati per garantire una buona organizzazione dei saperi, e quindi la costruzione di modelli teorici e di pratiche di cura adatti a dialogare con ciò che emerge dal territorio della Vita. Una causa cruciale della suddetta frammentazione considerata nello specifico dell'ambito medico, oltre che la già descritta impostazione scientifico-culturale, è senz'altro il sistema d'interessi facente capo alle aziende farmaceutiche, le quali costruiscono profitto isolando parti del problema (sintomi) dal resto, per poi vendere soluzioni che sono mirate alla parte. In termini cibernetici, la medicina tradizionale allopatrica interviene quindi, spesso in modo miope, limitandosi ad agire su quelli che Bateson definiva *archi di circuito*. Ma tornando ai medici di famiglia, è indubbio che i più predisposti e motivati finiscono per diventare saggi, sviluppando un'intelligenza di tipo intuitivo giocata sulla ricorrente elaborazione in parallelo di una moltitudine di parametri di valutazione (bio-psico-sociali), e sul raggiungimento di un buon equilibrio tra l'agire e il non-agire. Il medico di famiglia rappresenta il cosiddetto gate-keeper del S.S.N. ed il primo decisore. E' anche spesso un opinion leader in ambito sanitario, e cioè una persona che soprattutto nelle aree meno urbanizzate rappresenta ancora un referente autorevole per questioni non solo di carattere strettamente sanitario. In ogni caso la sua importanza risulta evidente da come la qualità di un servizio sanitario aumenta e i suoi costi diminuiscono là dove è più elevato il rapporto tra medici di famiglia e popolazione. A tal proposito Trimarchi fa giustamente notare come da una analisi della letteratura scientifica si ravvisa chiaramente “ *una correlazione inversa (statisticamente significativa) tra spesa sanitaria e qualità delle cure: gli stati i cui cittadini registrano più elevati livelli di qualità delle cure sono quelli dove la spesa sanitaria pro-capite è più bassa [.....] La conclusione finale è che la migliore qualità delle cure è associata ad un più alto numero di medici di famiglia, che sono in grado di rappresentare un efficace filtro nei confronti delle più costose cure specialistiche (da cui un minor costo complessivo dell'assistenza sanitaria)*” (A. Trimarchi - in A. De Toni, F. Giacomelli, S. Ivis, 2010, pag. 219).

Il mio punto di vista è che la categoria dei medici di famiglia, in considerazione della nicchia che occupa all'interno della mappa dei servizi sanitari, dovrebbe rappresentare l'eccellenza in termini scientifico-culturali, mettendo in tal senso insieme nel suo agire quelle che von Foerster chiama Science e Systemics. Credo che ciò porterebbe ad una maggior efficacia nella promozione della salute e nella gestione della cura, e quindi ad una progressiva e sana perdita di centralità dell'ospedale. Al medico di famiglia spetta, a mio parere, di condurre in prima persona battaglie culturali importanti che riguardano la negazione sempre più diffusa della vecchiaia e della morte e l'abuso di farmaci di vario tipo (ad es. psicofarmaci). Altrettanto vale per il problema dell'utilizzo ormai abituale di pratiche manipolative sul corpo a fini estetici. A tal proposito il sociologo Marco Ingrosso, direttore del Laboratorio Paracelso di Ferrara afferma:

“La salute, la cura di sé, la sanitarizzazione si manifestano, nella società contemporanea, secondo morfologie analoghe a quelle della Moda.....Tali atteggiamenti culturali assumono una visione del corpo come oggetto estetico-visuale manipolabile” (M. Ingrosso, 2003, pag. 91)

Ma torniamo alla promozione della salute, che è a sua volta promozione di un Equilibrio definibile, come abbiamo già visto, nei termini di un meta-processo i cui sotto-processi sono molteplici e fittamente intrecciati. Questi consistono in processi fiduciari, di apprendimento, di autonomizzazione, di mediazione dei conflitti interpersonali, di integrazione sociale, e legati alla creatività, solo per citarne alcuni tra i più importanti. Dal funzionamento in parallelo di questi ed altri processi, deriva ad esempio per un giovane la possibilità di avanzare nelle tappe del ciclo vitale, costruendosi una posizione lavorativa ed una propria famiglia. Detto questo, va qui sottolineato che l'unico operatore sanitario che di fatto intercetta e segue nel tempo l'evolvere, favorevole oppure no, di tali processi salutogenici, è proprio il medico di famiglia (così come il pediatra di base). E' quindi secondo me doveroso che se ne occupi in modo competente, e nell'ottica sia della cosiddetta patient centered primary care che della community oriented primary care. Il medico di famiglia allora, alla luce di quanto detto, dovrebbe essere la figura di riferimento dell'assistenza primaria sia per la promozione della salute che per gli interventi di cura, ponendosi come coordinatore tanto di un'equipe multiprofessionale in grado di prendersi cura di uno specifico e ben definito territorio, quanto di quelle che sono le risorse assistenziali informali disponibili (volontariato, famiglie, etc.). Le attuali direttive del Governo italiano riguardanti la costituzione delle cosiddette Case della Salute sembrano in parte andare in questa direzione. E' evidente però che a giustificarle e a dargli senso non è un cambiamento sul piano culturale (ed etico), bensì esclusivamente motivi per così dire “di cassa”. Sono cioè procedure comunque concepite nel contesto di quella che viene definita “aziendalizzazione” dei servizi sanitari. Ecco a tal proposito il parere del dirigente sanitario Roberto Alfieri:

“La tendenza, poi, ad assimilare i servizi sanitari alle aziende di produzione, nel tentativo di rimediare ai difetti del settore pubblico, è, a sua volta, radicalmente sbagliata, a causa delle loro differenze profonde. Sono diversi i loro scopi, la loro storia, la natura delle loro azioni. L'agire dell'industria è tipicamente strumentale, basato sulla “techne”, ossia sull'abilità ad usare strumenti. L'agire nei servizi è discorsivo, fondato sulla saggezza, la cosiddetta phronesis : ossia l'arte di comprendere le circostanze specifiche e di comportarsi conseguentemente, attingendo, oltre che ai saperi tecnici e scientifici, a quelli umanistici.“. (R. Alfieri, 2007, pag. 8)

Ma l'aziendalizzazione è un problema di contesto al quale se ne sono recentemente aggiunti molti altri collegati alla relazione medico-paziente. Da uno studio di qualche anno fa, ma ancora attualissimo, condotto da Sergio Manghi, emerge che l'utente è oggi pseudo-informato (divulgazione sanitaria mass-mediologica), consapevole dei propri diritti e minaccioso agli occhi del curante, e interessato ad accedere velocemente alle tecnologie diagnostiche disponibili. Il medico di famiglia è così sempre più impegnato a contrastare la malinformazione, a difendersi sul piano legale e a contrattare l'utilizzo di costose procedure diagnostiche trovandosi per così dire tra l'incudine dell'amministrazione sanitaria e il martello dell'utenza. Ma dallo studio di Sergio Manghi vengono fuori altri nodi dilemmatici tra cui quello della fiducia, quello del controllo, e quello del tempo. Nel caso della fiducia, essa non è più data a priori al

medico nel contesto di una relazione gerarchica (metafora della fiducia cieca) ma è bensì rivalutata continuamente dal paziente nel contesto di transazioni di tipo paritario

“In questa configurazione relazionale ampia e complessa, che abbiamo chiamato gerarchico-paritaria, si crea quindi un problema di legittimazione che rischia a volte di sfociare nel conflitto. Inoltre il processo di legittimazione non è mai definito una volta per tutte, ma si trova a doversi rilegittimare di continuo attraverso gli scambi comunicativi quotidiani” (S. Manghi, 2005, pag. 41)

Per quello che invece riguarda il paradosso del controllo, si può affermare che tanto più aumentano la potenza dei controlli diagnostici garantita dalla tecnologia, la rigosità dei controlli amministrativi garantita dalla burocratizzazione delle pratiche mediche, e la puntualità del controllo organizzativo garantito da una sempre più stretta programmazione e proceduralizzazione dei servizi sanitari, e tanto più in realtà si assiste ad una progressiva perdita di controllo e di integrazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, dovuta alla mancanza di un coordinamento sul campo. Tale coordinamento dovrebbe appunto essere uno dei compiti fondamentali del medico di famiglia, il quale si trova però spesso nell'impossibilità pratico-logistica di assolvervi. Viene così a mancare la spinta auto-organizzativa dal basso (processi bottom up) in grado di dare risposta agli specifici problemi emergenti dal territorio, seppur nel rispetto di una cornice generale di vincoli procedurali ed economici definita dall'alto (processi top down). Ancora una volta il problema è il mancato equilibrio, in questo caso tra processi bottom up e processi top down. Per quello che riguarda infine il dilemma del tempo rimando invece all'eloquente figura riportata qui in basso.



Figura 1: Il medico di famiglia preso nel dilemma del tempo

La società post-moderna e la medicina di famiglia

Lo scenario di frammentazione e scarsa integrazione dei saperi e delle discipline nel contesto biomedico, trova un riscontro nelle attuali profonde difficoltà di comunicazione/collaborazione tra i professionisti della cura, ad esempio tra medico di famiglia e specialisti ambulatoriali o fra medico di famiglia e colleghi ospedalieri. C'è poi, come abbiamo visto, un allentamento dello storico rapporto fiduciario (seppur di tipo paternalistico) che fino a non molto tempo fa aveva rappresentato la base sicura della relazione medico-paziente. A mio avviso però, questi nodi problematici costituiscono in parte il riflesso in ambito sanitario di una sorta di mutazione socio-antropologica verificatasi progressivamente negli ultimi vent'anni con il passaggio alla cosiddetta postmodernità. Il sociologo polacco Zigmunt Bauman parla in tal senso di *Società Liquida*, intesa come società fatta di rapporti umani "a basso impegno", ed intravede quale causa di fondo una sorta di velenosa connivenza/complicità tra un capitalismo post-fordista de-territorializzato, volatile, infedele ed abbandonico ed un cittadino globalizzato specularmente compenetrato in una cultura del consumo selettiva, escludente e produttrice di competizione sociale, e solitudine. Da una parte quindi si sono radicalmente destrutturati i rapporti tra capitale e forza lavoro, fatto questo che spinge le persone in una condizione esistenziale di precarietà ed incertezza del tutto inedite, dall'altra l'approccio consumistico generalizzato nei confronti di qualsiasi cosa, anche dei rapporti interpersonali, produce una destrutturazione anche dei rapporti affettivi e sociali in genere.

"Il terreno su cui poggiano le nostre prospettive di vita è notoriamente instabile, come sono instabili i nostri posti di lavoro e le società che li offrono, i nostri partner e le nostre reti di amicizie, la posizione di cui godiamo nella società in generale e l'autostima e la fiducia in noi stessi che ne conseguono [...] Il progresso è diventato una sorta di "gioco delle sedie" senza fine e senza sosta in cui un momento di distrazione si traduce in sconfitta irreversibile ed esclusione irrevocabile" (Z Bauman, 2007, pp. 9-10)

"La sindrome consumistica abbrevia radicalmente l'aspettativa di vita del desiderio e la distanza temporale tra il desiderio e la sua gratificazione, e tra quest'ultima e il cestino dei rifiuti. La "sindrome consumistica" è fatta tutta di velocità, eccesso e scarto. I consumatori maturi non fanno i pignoli quando si tratta di relegare le cose nella spazzatura (Z. Bauman, 2008, pag. 108)

L'Italia non rappresenta in questo un'eccezione; anzi è il paese europeo più in difficoltà per ciò che riguarda l'incertezza e la precarietà sul piano lavorativo delle giovani generazioni ed in particolare delle donne, così come per la nuzialità in costante calo e per gli incalzanti processi di denatalità e degiovanimento. Il medico di famiglia è bene allora che sia consapevole di come gli aspetti di criticità della famiglia, " *possono* - secondo i sociologi Del Boca e Rosina - *essere ricondotti a tre grandi squilibri italiani, che possiamo sintetizzare con tre <<G>>: di genere, generazionale e geografico*" (D. Del Boca, A. Rosina, 2009, pag. 11). Se per esempio affrontiamo la questione giovanile, emerge che il 53% circa degli italiani fra i 25 e i 29 anni vivono ancora con i genitori. Percentuali peggiori anche di Spagna, Portogallo e Grecia (tra il 45 e il 48%), mentre tutti gli altri paesi europei stanno sotto il 20%. Inoltre ben il 75% dei giovani italiani fra i 15 e i 24 anni dichiara di dipendere economicamente dai propri genitori (media europea 55%), mentre solo il 25% ha un lavoro (media europea 40%). Chiaramente si tratta quasi sempre di quella dimensione lavorativa penalizzante detta di "flessibilità".

“I lavori flessibili comportano rilevanti costi personali e sociali, a carico dell’individuo, della famiglia e della comunità [...] I contratti a termine, le collaborazioni dette continuative ma in realtà discontinue, il lavoro intermittente, a chiamata, on the road o semplicemente occasionale oppure in nero, sono percepiti, alla lunga, come una ferita dell’esistenza, una fonte immeritata di ansia, una diminuzione dei diritti di cittadinanza che si solevano dare per scontati” (L.Gallino, 2009, pag. 75)

A fronte di tale situazione economica e del mercato del lavoro, e considerando la quasi inesistenza di un welfare per la famiglia, i giovani italiani procrastinano di molto la costruzione di una propria famiglia ed il concepimento dei figli (1,3 figli per ogni donna italiana, contro 2,2 figli per ogni donna francese). Segue un grafico in cui si mostra evidente il rapporto tra natalità e debito pubblico.

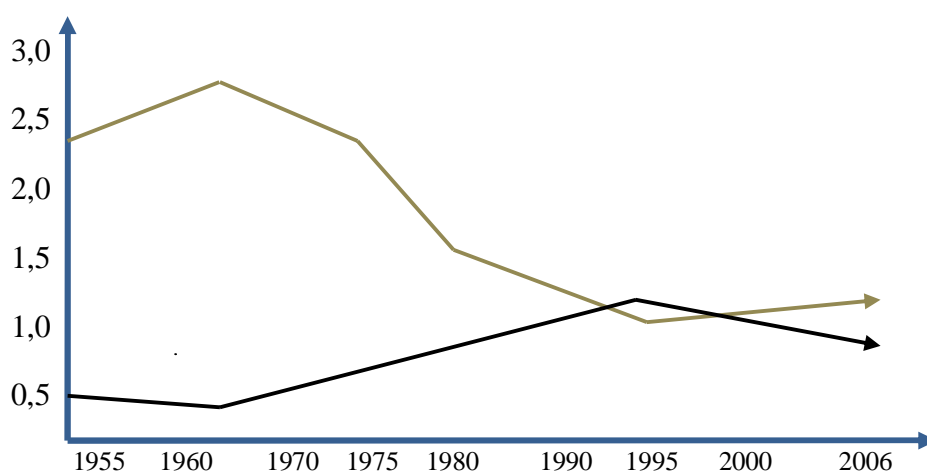


Figura 2: Rapporto tra debito pubblico e nascite

— Numero medio di figli per donna
 — Debito pubblico sul PIL

Inoltre, come rilevano i sociologi Del Boca e Rosina.

“Rispetto al resto d’Europa, il contesto italiano è caratterizzato da minori opportunità di lavoro part-time, da maggiore rigidità negli orari di lavoro e da un numero molto più scarso di asili nido. La copertura per i bambini fino al terzo compleanno è pari appena all’11,3%, mentre i congedi parentali sono i meno pagati (30% contro il 42% in Francia, il 66% in Svezia, il 50% in Danimarca)” (D. Del Boca, A. Rosina, 2009, pag. 71)

Questo significa che sempre più spesso, allorchè una coppia di giovani (spesso ultratrentacinquenni) ha raggiunto l’autonomia ed è “pronta” per il matrimonio o la convivenza, sta per entrare nel periodo di accudimento dei propri genitori. E’ sempre più frequente quindi che una coppia di persone fra i 40 e i 45 anni si trovi a dover accudire sia i figli non ancora adolescenti, che i propri genitori.

“Complessivamente il 30% della popolazione over 65 vive con un figlio adulto [...] nel nostro paese l’83% di accudimento è affidato a <parenti e amici>: quasi l’intero peso della popolazione che invecchia cade sulla famiglia” (D. Del Boca, A. Rosina, 2009, pag. 78)

Per quello che riguarda poi gli anziani, e i problemi d’assistenza che ne derivano, l’Italia è l’unico paese europeo in cui gli over 65 superano il 20% della popolazione. Infine, vanno anche considerati i problemi collegati all’incremento delle separazioni e delle famiglie ricomposte, e agli imponenti flussi migratori degli ultimi anni. L’Italia è in sostanza un contesto sociale in profonda transizione, nel quale il medico di famiglia è costretto, volente o nolente, a confrontarsi con tutti i suddetti fattori di stress e di potenziale patologia sul piano psicologico e somatico. A tal proposito, in un recente articolo scritto per la rivista *La Parola e la Cura*, ho descritto come spesso la domanda di psicoterapia trovi la sua motivazione nelle suddette condizioni di contesto sociale, ed ho prospettato la necessità di ridefinire in tali casi le modalità dell’aiuto nei termini di un’attività di counselling atta a favorire una presa di coscienza sociologica, sulla quale fondare il cambiamento. Si tratta talora di decolpevolizzare (la dove necessario) gli utenti per i “fallimenti” sperimentati, cercando delle risposte efficaci sul piano culturale e comportamentale. Ecco alcune possibili linee d’intervento:

1 – Aiutare a misurarsi con l’incertezza che, pur presente in dosi altamente tossiche nella società in cui viviamo, rappresenta peraltro un aspetto costitutivo dei sistemi viventi.

2 – Aiutare a decostruire la cultura consumistica nel contesto della quale le azioni del cliente vengono concepite, riscoprendo la sobrietà nello stile di vita, il piacere della manutenzione, ed in ambito sociale una serie di dimensioni quali la lentezza, la cura e l’intimità.

3 – Favorire comportamenti di cittadinanza attiva, cercando di attivare più possibile il pensiero critico.

4 – Favorire l’appartenenza a comunità animate da percorsi di consapevolezza individuale e di gruppo, e in cui coltivare una comunicazione non disincarnata.

5 – Favorire comportamenti cooperativi nella gestione dei problemi quotidiani (baby-sitting, esperienze di co-housing, etc) (S. Boria, 2012a)

Mi chiedo allora se, nell’ottica di una futura centralità dell’assistenza sanitaria territoriale nonché della costituzione di equipe multiprofessionali di base coordinate dai medici di famiglia, non sia auspicabile la maturazione, a livello per così dire trans-professionale, di una tale consapevolezza sociologica e di tali competenze di counselling. Consapevolezza e competenze che siano quindi patrimonio dei principali operatori coinvolti nelle cure primarie: soprattutto dello psicologo e dell’assistente sociale, ma anche dello stesso medico di famiglia.

Verso una medicina di famiglia ad orientamento sistemico

Questo lavoro propone alcuni elementi di riflessione circa la possibilità di una visione complessa della patogenesi e della salutogenesi che, come suggeriva Victor von Weizsacher già all’inizio del secolo scorso, spinga la medicina a dialogare apertamente con discipline quali l’antropologia, la sociologia e la filosofia. Si tratta di entrare in relazione con l’intreccio di quei processi vitali che caratterizzano la dimensione bio-

psico-sociale dell'uomo, utilizzando senz'altro (ma non solo) le risorse di diagnosi e cura offerte dalla medicina moderna seppur ricontestualizzandole all'interno di un'epistemologia e di una metodologia di stampo sistemico. Inoltre, se da una parte è bene che gli operatori sanitari sviluppino il più possibile quella che ho sopra definito *saggezza sistemica*, dall'altra è altrettanto importante che dispongano di adeguati modelli d'intervento condivisi (da non confondersi però con gli attuali protocolli). Detto questo, voglio ora riproporre tre assunti semplici, ma fondamentali, che hanno guidato la mia riflessione circa una possibile rifondazione del contesto sanitario italiano. a) Il territorio come il luogo d'emergenza della salute e della malattia, e quindi come luogo elettivo delle cure. b) L'assistenza primaria come l'asse portante del Sistema Sanitario Nazionale. c) Il medico di famiglia ad orientamento sistemico come professionista di riferimento (insieme al pediatra di base) da un punto di vista sia clinico (in prima persona), che di coordinamento di risorse formali ed informali. Il fatto è che il medico di famiglia dovrebbe racchiudere ed esercitare molte più competenze di quelle attuali, come ad esempio una consapevolezza sociologico-sanitaria che gli permetta di comprendere le connessioni tra l'evoluzione sociale in corso, improntata alla precarietà dei legami, e situazioni di potenziale sofferenza come l'isolamento sociale, il blocco del ciclo vitale delle persone (denuzialità, denatalità, etc), le separazioni tra coniugi, e la disoccupazione. Ma altrettanto importante sarebbe l'acquisizione di precise competenze relative alla psicologia delle relazioni familiari, al counselling sistemico e alla medicina narrativa, e, in ambito clinico, alla PNEI (psico-neuro-endocrino-immunologia). In tutti e tre questi casi si tratta di programmi di ricerca basati su un'epistemologia di tipo sistemico, che stanno producendo modellizzazioni e pratiche d'intervento di grande interesse. C'è poi la necessità di una formazione all'inter-culturalità, in considerazione degli imponenti flussi migratori in atto nel nostro paese. Recuperando allora il concetto di Equilibrio, il bravo medico di famiglia dovrebbe essere in grado di leggere, almeno in parte, il fitto intreccio di eventi (a più livelli) che definisce l'evoluzione esistenziale di una persona riuscendo nei casi migliori a intravedere/prevenire i break points, cioè i punti critici in cui l'equilibrio si perde lasciando il posto alla sofferenza. Si tratta di fasi-passaggi nella vita delle persone in cui si verifica una sorta di convergenza di processi patogenetici più o meno duraturi e stabili nel tempo, dalla cui interazione in parallelo può risulturne ad esempio il superamento di determinate soglie di stress, e l'innescarsi di patologie di vario tipo. Ma non vanno assolutamente sottovalutati gli interventi di cura intesi come accompagnamento, invece che come guarigione, che il medico di famiglia si trova sempre più spesso a compiere, in considerazione dell'allungamento della vita e quindi dell'incipiente frequenza di patologie croniche di interesse geriatrico. Per queste situazioni, così come per altre, è auspicabile che i medici di famiglia sviluppino competenze di carattere comunicativo, organizzativo, e gestionale, che consentano un'efficace attività di coordinamento di quelle che sono le innumerevoli risorse presenti sul territorio. Quella che sto proponendo è quindi un'assistenza sanitaria centrata sul territorio e sulla figura del medico di famiglia. Un medico di famiglia colto, con un'apertura inter-disciplinare, formato all'approccio sistemico nelle sue varie declinazioni (clinica, socio-antropologica, filosofica, manageriale, etc), che sappia portare avanti battaglie culturali importanti riguardanti ad esempio la ridefinizione dei concetti stessi di salute e malattia, e che abbia un minor numero di utenti a carico in modo da disporre di più tempo per agire qualitativamente. Un medico di famiglia che infine realizzi uno stile per così dire glocalistico in cui le azioni, pur orientate a particolari aspetti, sono però sempre mosse da considerazioni riguardanti l'intero sistema osservato (il paziente-nel-suo-ambiente) e il proprio ruolo specifico (nicchia ecologica) all'interno del sistema professionale d'appartenenza detto Sistema Sanitario Nazionale.

“Il medico di famiglia dovrebbe cioè mettere in atto una sorta di glocalismo sanitario (pensare globalmente e agire localmente), focalizzandosi sull’individuo e la sua famiglia pur cogliendo i complessi rapporti di causalità circolare che legano entrambi (in termini coevolutivi) ai sistemi sociali sovraordinati di riferimento, così come ai propri sottosistemi. In questo secondo caso si può ad esempio affermare che due fondamentali sottosistemi presenti in ogni individuo sono il sistema di costrutti personali e il sistema psico-neuro-endocrino-immunologico. Si definisce così una sorta di modello reticolare, dove ogni livello gerarchico è connesso agli altri in un rapporto di causalità circolare, e il paziente visitato in ambulatorio può allora essere esplorato come una unità complessa rappresentante uno di questi livelli interattivi” (S. Boria, 2012b, pp. 538-539)

Per realizzare un tale cambiamento nella medicina di famiglia è però necessario un cambiamento prima di tutto culturale, che porti ad una conseguente riorganizzazione e riconcettualizzazione della politica sanitaria. Tale cambiamento culturale dovrebbe condurre contestualmente anche ad un profondo ripensamento delle politiche di welfare per la famiglia. La mia convinzione, allora, è che la rete di movimenti, associazioni e società scientifiche di impronta sistemica, che in Italia sta crescendo negli ultimi anni, possa e debba agire nel contesto del nostro paese come una salutare perturbazione culturale. Una perturbazione in grado di ri-orientare nel tempo le scelte politiche, in tema di assistenza sanitaria, verso la “sfida” di quella complessità di cui è fatta la Vita delle persone.

Bibliografia

- Alfieri Roberto, 2007. Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute, Franco Angeli, Milano.
- Bateson Gregory, 1976. Verso un’ecologia della mente, Adelphi, Milano.
- Bauman Zigmunt, 2007. Modus Vivendi: inferno ed utopia del mondo liquido, Laterza, Bari.
- Boria Sergio, 2009. L’incertezza e il tempio galleggiante, in Riflessioni Sistemiche N°1, http://www.aiems.eu/archivio/1_numero.html
- Boria Sergio, 2012a. Psicoterapia e postmodernità, in La parola e la Cura (numero autunnale), Edizioni Change, Torino.
- Boria Sergio, 2012b. Verso un’ecologia dell’assistenza sanitaria: l’esperienza del progetto Bateson’s Net, in AAVV, Stress e vita: La scienza dello stress e la scienza della salute spiegate dalla Psiconeuroendocrinoimmunologia, Tecniche Nuove, Milano
- Colombo Enzo, Rebughini Paola, 2006. La medicina contesa, Carocci, Roma.
- Del Boca Daniela, Rosina Alessandro, 2009. Famiglie sole: sopravvivere con un welfare inesistente, Il Mulino, Bologna.
- Gadamer Hans-Georg, 1994. Dove si nasconde la salute, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gallino Luciano, 2009. Il lavoro non è una merce: contro la flessibilità, Laterza, Bari.
- Ingresso Marco, 2003. Senza benessere sociale, Franco Angeli, Milano.
- Manghi Sergio, 2005. Il medico, il paziente e l’altro, Franco Angeli, Milano.

Trimarchi Antonino, 2010. Riflessioni sui nuovi modelli di assistenza primaria, In A. De Toni, F. Giacomelli, S. Ivis, 2010. Il mondo invisibile dei pazienti fragili, UTET, Torino.

von Foerster Heinz , 2001. La verità è l'invenzione di un bugiardo, Meltemi, Roma.

von Glasersfeld Ernst, 1998. Il costruttivismo radicale: una via per conoscere ed apprendere, Società Stampa Sportiva, Roma.

WHO-Unicef, Alma-Ata, 1978. Primary Health Care, Health for all, series n.1, WHO Ginevra.