

## " Curare e/o guarire: il ruolo dei servizi e degli operatori. "

Trascrizione del contributo del dott. Franco Rotelli - 27 settembre 1999

( **in neretto**: a cura del redattore, indicazioni operative)

I temi, quando sono troppo generali, sono evidentemente anche a rischio di genericità, spero quindi di poter dare, comunque, qualche suggestione che possa servire a dibattiti o confronti.

Il tema è anche provocatorio. Dire: 'curare e/o guarire' pone una dicotomia, una distinzione tra le due cose, come se, appunto, guarire non volesse dire curare e come se curare non dovesse porsi come obiettivo il guarire. Di fatto, è il riconoscimento di una questione: curare e guarire effettivamente sono due cose diverse.

Guarire ha sicuramente a che fare, rigorosamente, con un sapere medico, ha a che fare rigorosamente con un concetto di malattia, con un concetto di un qualcosa che deve essere rimosso, da cui appunto si debba auspicabilmente guarire.

La parola 'curare' non credo che alluda, direttamente e necessariamente, a tutto questo. La parola curare in italiano viene usata in tante questioni: si cura l'educazione di un bambino, si cura la propria famiglia, si curano i propri affari, il proprio negozio, la propria casa ed in qualche modo la parola 'cura', come da sua etimologia, allude quindi al 'preoccuparsi di', al 'farsi carico di', all'avere una *preoccupazione* positiva rispetto ad un qualche cosa che va tenuto bene.

Il 'curare' non identifica immediatamente un danno presente o una lesione da rimuovere, identifica un'azione positiva complessa per produrre e riprodurre una positività di qualcosa.

Non c'è dubbio che, nell'organizzazione sanitaria e nei servizi sanitari, il concetto di cura è diventato qualcosa di incomprensibile o inesistente o, invece, riduttivamente

l'elemento di un processo che sì è quello vero, che attiene cioè al compito 'vero' della sfera sanitaria: il guarire. La parola 'cura' o è funzionale alla parola 'guarigione' o non ha senso nell'organizzazione sanitaria, così come essa è strutturata oggi, ieri e probabilmente domani.

Credo pertanto che coloro, che hanno posto all'attenzione di questo Corso queste due parole in termini in qualche modo antitetici, abbiano voluto proporre una *preoccupazione*: se nel sistema sanitario la parola 'curare' debba essere ripresa nella sua pienezza o se debba continuare ad essere un elemento servile del concetto di guarigione.

Una questione sussidiaria ed ancillare - così com'è la questione del curare dentro il sapere medico - deve essere rivoltata e rivisitata. C'è il ragionevole sospetto che far sì che la parola 'curare' sia soltanto una parola serva del concetto padronale 'guarire', alluda in qualche modo ad una riduzione di tutto quello che si fa dentro l'organizzazione sanitaria, che è sempre qualche cosa d'ancillare, di servile, rispetto al vero potere, che nell'organizzazione sanitaria si esplica: il potere medico.

E quindi, se tutta l'organizzazione sanitaria dev'essere in qualche modo ancillare, servile, funzionale alla luminosità del potere/sapere medico, anche il curare o è funzionale ed è servo del guarire - sovrana attività propria del medico - o non ha ragione d'essere nel campo sanitario.

In qualche modo, credo che gli organizzatori del Corso vogliano dire: "un momento, forse è tempo - non solo da oggi, ma è ancora tempo - di riflettere sul fatto che nell'organizzazione sanitaria non tutto debba essere necessariamente ancillare al potere/sapere medico, ma ci sono mille altre cose da fare, che non necessariamente sono o devono essere ancillari rispetto al sapere/potere medico". Vogliono quindi farci riflettere su che cosa può e deve non essere servile rispetto a questo. E che cosa può e deve essere non servile rispetto a questo potere/sapere?

Si mette in campo, evidentemente, una concezione di ciò che è auspicabile, desiderabile, atteso, di ciò che si desidererebbe che l'organizzazione sanitaria facesse ed è una concezione che rimanda ad un mucchio di guai. In altre parole, credo che, se noi ci mettiamo sul percorso di approfondimento di questi temi, ci avventuriamo in un terreno ricco di guai.

Primo guaio: se noi usciamo dal concetto di guarire come la principale teleologia, finalità di tutto quello che noi facciamo, rischiamo di perderci. Rischiamo, cioè, di metterci in un campo illimitato, in cui non si sa più quali sono i confini del nostro ruolo, del nostro fare, i confini di ciò che ci si aspetta da noi e di ciò che noi ragionevolmente ci mettiamo a fare. E questo è un rischio mortale. Ma, perché cercare

di correre rischi mortali? Chi ce lo fa fare? In nome di che? probabilmente in nome di una lettura di 'quello che accade'. Siamo sostanzialmente invitati a rileggere quello che accade attorno a noi e cercare di capire cosa abbiamo di fronte.

Cosa abbiamo di fronte a noi? Abbiamo di fronte una realtà. Prendo per esempio Trieste, ma ciò vale più o meno dappertutto: una città di 250-240.000 abitanti. Cosa abbiamo di fronte? Abbiamo di fronte, per esempio, 11.000 diabetici - malattia da cui non si guarisce-; 1000-1500 dipendenti da sostanze illegali; 2-3.000 persone con importanti patologie psichiatriche; circa 700 portatori di tumori non curabili; 3.000 persone ospitate in case di riposo - in quanto in buona parte giudicate non-autosufficienti a se stesse -; abbiamo di fronte circa 21 miliardi di vecchie Lire all'anno spesi per persone che muoiono in ospedale; abbiamo di fronte una situazione in cui circa 17.000 ricoveri ospedalieri in un anno vengono determinati per persone che hanno più di 75 anni e per le quali, molto spesso, il ricovero ospedaliero già all'atto dell'ammissione è dichiarato 'non proprio', rispetto alla necessità del paziente. Ed abbiamo di fronte un numero imprecisato - perché, non è stato fatto ancora un vero registro delle disabilità - di portatori di handicap gravi e lo diciamo con parola che non significa ormai più niente, ma che continuiamo ad usare in attesa di trovarne di meglio. Ed in questo modo potremmo continuare a descrivere una realtà.

Potremmo andare a definire così l'oggetto della popolazione che serviamo, per esempio a Trieste, o in generale l'oggetto di un'organizzazione sanitaria; ciò che l'organizzazione sanitaria ha di fronte è questa realtà e altro ancora, che a questo assomiglia in sempre maggiore misura.

In altre parole: le cosiddette malattie cronico-degenerative - per intenderci, per semplificare - le malattie non risolvibili in una situazione di 'trovo la causa - rimuovo l'effetto', malattie ad alta complessità o malattie comunque non destinate a risolversi in un tempo ragionevole, sono ormai la stragrande parte di ciò di cui l'organizzazione sanitaria è chiamata in qualche modo a farsi carico.

Di fronte a questa situazione, l'ideologia della guarigione si rivela per quello che è: un' ideologia e non una realtà.

Già per loro stessa definizione ed allo stato attuale delle conoscenze scientifiche, buona parte di queste patologie non prevede assolutamente una guarigione possibile. Tuttavia, la cosa curiosa è che, di fronte a questa realtà, le tecniche messe in campo continuano a riferirsi ad un obiettivo che è già dichiaratamente negato: la guarigione.

Le tecniche messe in campo sono finalizzate ad un qualche cosa che permane ideologia - la guarigione - e che è irrealizzabile come obiettivo concreto. Terapie, protocolli, modalità d'intervento sono finalizzate ad un qualche cosa che si sa già che

non si avvererà mai. E questo è curioso e comunque pone degli interrogativi.

Una delle questioni centrali, o meglio una delle sotto-questioni centrali dentro questa questione, sta nel fatto che noi, di fronte ad un immenso prevalere di malattie 'cronico-degenerative' o 'cronico-croniche' non destinate a guarigione, ci troviamo ancora a confrontarci con la sproporzione immane tra bisogni riferiti a stati che non prevedono guarigione, con una situazione nella quale ancora si destina il 50% delle risorse agli ospedali che, per definizione propria, non sono funzionali se non ad un tentativo di guarigione. Gli ospedali non sono funzionali se non alla gestione di malattie acute e non alla gestione di malattie 'cronico-degenerative' di malattie non guaribili e non risolvibili, tuttavia la gran parte delle risorse vengono destinate lì.

Ed anche questa realtà apre dei problemi. Apre dei problemi rispetto a come siamo utilizzati come operatori sanitari a qualunque livello, dal direttore generale di un'azienda ai dipendenti di secondo o terzo livello. Come siamo utilizzati, se siamo utilizzati in modo ragionevolmente orientato rispetto all'oggetto che abbiamo di fronte e rispetto al problema che, teoricamente o ideologicamente, dovremmo essere chiamati ad affrontare e per cui siamo pagati: occuparci della salute con delle priorità nei confronti di coloro che meno salute hanno e che quindi hanno maggiori bisogni di supporto, intervento, aiuto, sostegno, di 'cura' da parte dell'organizzazione sanitaria medesima.

E quindi, c'è da ripensare 'l'allocazione delle risorse', cioè l'investimento che l'Azienda Sanitaria globale/italiana, regionale/locale, fa. Dobbiamo chiederci se l'allocazione delle risorse è ragionevolmente orientata ed impostata, ragionevolmente distribuita ed indirizzata a quelle che sono le macro-aree di bisogni, alla vastità dei bisogni prevalenti (e alle aree prevalenti di bisogno) o se, invece, è orientata a tutt'altro. Dobbiamo chiederci se le risorse non siano, invece, orientate ad aree subalterne, in termini quantitativi ed in termini qualitativi, ad aree presidiate fortemente da poteri arroganti, violenti, da poteri totalitari, quindi capaci di egemonizzare risorse importanti a fini che sono tangenziali rispetto alle prevalenti necessità di una popolazione determinata. Ed a tal fine, si costruiscono ideologie, saperi, poteri, sistemi, meccanismi, istituzioni, regole del gioco, forme di micro-organizzazione sanitaria deputate proprio a presidiare il mantenimento di questo governo di aree minoritarie di bisogni, in funzione della negazione di una corretta allocazione delle risposte rispetto alle aree di prevalente bisogno, di più drammatica necessità, di più esteso *vulnus*, di più estesa ferita *vera*.

Ma, se io sono un piccolo infermiere, cosa c'entro io rispetto a tutto ciò? Come,

nella mia pratica, io posso in qualche modo 'entrare' in queste questioni? Io sono chiamato a svolgere delle mansioni, ad applicare ragionevoli protocolli di comportamento, a prestare determinate attività, come posso entrare in questo scenario, dato e non concesso, che questo scenario sia proprio come dice Rotelli?

Non ne ho la più pallida idea, perché non faccio l'infermiere, non sono un infermiere, ed ho già dei problemi a cercare di collocarmi in questo scenario come direttore generale di un'azienda. Nel senso che se un direttore generale di un'azienda tenta appena di porre questioni di questo tipo si trova, per esempio, a confrontarsi con reazioni di questo genere: "Ma, scusi, perché lei dice che non è mica tanto ragionevole che 16.000 persone all'anno, che hanno più di 65 anni, vengano ricoverate in un ospedale? che cosa vuol fare lei, vuole che vadano direttamente al cimitero?" Ma, tra cimitero e ospedale, è mai possibile che non riusciamo ad immaginare delle alternative? Ci rispondono però che le alternative non sono credibili: "O c'è l'ospedale o c'è il cimitero, cosa diavolo vuole che ci sia in mezzo?"

E probabilmente hanno ragione costoro, perché, nella situazione data, nel contesto reale o c'è l'ospedale o c'è il cimitero; in mezzo non c'è proprio niente.

Trieste è una città che, tra questa popolazione di ultra settantacinquenni, ha circa 12.000 persone che vivono da sole, e quindi se mi ammalo, se sto male, o c'è l'ospedale o c'è il cimitero.

Lo stesso discorso vale per le case di riposo. In questi 20 anni l'Italia è diventata una nazione in cui ogni piccolo paese, ogni municipio, si è fatto orgoglio di costruirsi la sua casa di riposo. Se un paese, un municipio, un comune non ha fatto la casa di riposo è un comune che non vale niente. E' un orgoglio nazionale, quello di fare in modo che ogni piccolo paese abbia la sua casa di riposo, perché altrimenti il vecchietto dove va?

È dimostrato che durante il ricovero, il medico - se il reparto funziona bene - vede per circa sei minuti e mezzo al giorno il paziente e l'infermiere complessivamente per attività squisitamente terapeutiche gli dedicherà mediamente 4/5 minuti al giorno. In totale in una giornata di ricovero, il paziente riceverà prestazioni effettivamente, rigorosamente sanitarie per non più di undici minuti, però noi siamo ancora convinti che per i ricoveri, perlomeno quelli cosiddetti appropriati, l'ospedale sia comunque appropriato. Quindi, il paziente sta 24 ore in un posto in funzione di circa 11 minuti di risposta pertinente. E siamo ancora convinti che questi 11 minuti siano non trasferibili altrove, che questi 11 minuti debbano essere sacralmente spesi in quel sacro luogo, come una messa che, ovviamente, non può essere recitata se non nel deputato luogo: la chiesa.

A partire da queste questioni, io credo che significhi molto poco il tema che c'è stato dato: curare e/o guarire. Credo che il problema vero non sia né curare, né guarire ma continuare a recitare i sacri riti di un qualcosa che non ha ragion d'essere, in questo modo, ma che ciò nonostante in questo modo si deve continuare a recitare.

Gli 11.000 diabetici che abbiamo in questa città, ovviamente, hanno bisogno di ben altro. Hanno bisogno di un sostegno rispetto alle abitudini di vita, che come tutti sappiamo sono importanti quanto l'insulina. Tutti lo sappiamo, ma a me non risulta che rispetto a queste abitudini di vita si spenda un solo quattrino in questa città.

Nulla è disponibile in termini di risorse per aiutare persone, che possono anche avere difficoltà di varia natura, ad avere i cosiddetti stili di vita appropriati, riferiti ad una situazione non guaribile, come quelle del diabete, che però può comportare ingravescenze e complicanze molto più probabili e molto più ampie; molto più gravi in presenza, appunto, di non appropriati stili di vita. Nulla è disponibile in termini di risorse per sostenere politiche che aiutino queste persone quando non ci arrivano da sole, quando non abbiano tutti gli strumenti - economici, culturali, famigliari, ecc. - per essere sostenute nell'avere stili di vita appropriati. Non c'è nulla che ci aiuti ad aiutare le persone che possono avere difficoltà ad assumere stili di vita appropriati e funzionali ad una buona gestione del proprio diabete. E sappiamo che questa malattia è grave in funzione delle complicanze che può determinare, in funzione del percorso e degli esiti a lungo periodo, è grave in funzione di ciò che porta con sé, più che grave in se stessa.

In qualche modo, quindi, il curare ed il guarire qui si associano ad un *guarire impossibile*, che viene ridotto a curare solamente ciò che, teoricamente e metodologicamente, starebbe nella catena semantica del guarire. Cioè: gli do la medicina, gli do quella cosa che in qualche modo, per definizione, dovrebbe guarire, ma che sappiamo benissimo che non guarisce, perché non può farlo. Il resto non mi appartiene. Il resto non mi compete. Il resto non è affare mio.

Di chi sia la competenza e perché sia di 'non si sa chi' questo non lo sa nessuno. Nessuno sa rispondere a questa domanda.

Credo che quello che è accaduto nella psichiatria ci abbia dato alcune indicazioni. Dentro l'ideologia del guarire è stato costruito un ospedale. Si è visto che quest'ospedale non guariva e qualcuno ha detto che per curare allora forse bisogna fare un'altra cosa. Perché per curare una persona che ha uno stato di sofferenza psichica anche molto grave, probabilmente abbiamo bisogno di ben altri strumenti, più

ampi, più articolati, più ricchi, più vasti, molteplici; e dobbiamo smetterla d'immaginare che tutto questo si possa ridurre ad un percorso anamnesi-diagnosi-prognosi-terapia-cura e guarigione.

Abbiamo detto: curiamoci, curiamoci dalla gente. Preoccupiamoci della gente. Occupiamoci della gente. Prendiamoci cura della gente.

Cosa vuol dire prendersi cura? Vuol dire evidentemente allargare, allargare e mettere in moto molti altri soggetti, perché diagnosticare e guarire è compito del medico, ma curare può essere compito di tanti. Nel curare l'organizzazione sanitaria mette un pezzo, partecipa, può partecipare, può dire delle cose, ma non è il re che governa questo processo.

È difficile non essere i re, è difficile non mettersi al governo delle questioni, è difficile per i professionali di qualunque natura non dire: "qui governo io". E' difficilissimo dire: "no, io non governo, non voglio governare, però non per questo io mi dimetto, mi allontano, non per questo io declino la responsabilità. Io sono responsabile e non governo".

Qualunque professionale vuole governare la sua materia, vuole essere il re in quel campo e vuole dominare il campo. Gli hanno insegnato che è attraverso questo dominare il campo che lui eserciterà i suoi saperi, la sua professione e che la sua professione si esplica proprio in questa capacità di dominio.

Quanti decenni ci vorranno perché i professionali possano essere educati ad essere responsabili senza governare? A sentirsi parte di una catena in cui possono dare un contributo, ma non governano loro la situazione? Che questi siano infermieri, medici, primari o chicchessia, educati ad essere elementi consapevoli che il loro compito è portare un contributo ed attivare altri contributi.

Portare un contributo ed attivare altri contributi, non lo sa fare quasi nessuno: "O è affare mio o non è affare mio. O è competenza mia o non è competenza mia". Che la mia competenza si eserciti nello svolgere un pezzo del ciclo lavorativo, necessario, ma contemporaneamente nel mio sapermi attivare, affinché altri svolgano il resto del ciclo lavorativo necessario, è il massimo della professionalità possibile. Ma è ciò a cui nessuno viene normalmente addestrato: né nelle scuole, né nelle università, né nei corsi, né nel modo stesso in cui viene invitato a pensare al proprio ruolo, alla propria professione, al proprio essere, alla ragione stessa per cui è chiamato ad operare.

E inoltre, questo concetto di cura evidentemente non può essere che intersettoriale, interdisciplinare, pluriprofessionale e non solo: deve essere anche collegato alle risorse dei soggetti, che ormai tutti sanno essere parte non asportabile nel processo di

costruzione di una cura di sé.

E quindi il valore dei soggetti, il valore di capacità, anche residuali, di possibilità delle persone come strumento essenziale di qualsiasi processo terapeutico; il valore delle famiglie, il valore delle risorse quand'anche distrutte, semidistrutte, che esistono nei territori, come valore da recuperare dentro un progetto di cura. E ancora, il valore del rapporto tra enti ed istituzione diversi nel giocarsi, rispetto a competenze diverse, che restano diverse ma, che devono essere messe in comune per raggiungere obiettivi. Politiche d'integrazione vera, non di protocolli d'integrazione scritti sulla carta e poi mai attivati nell'operatività costante, quotidiana, dei servizi. E quindi, quello che si è chiamato per tanti anni processo di *deistituzionalizzazione*.

Il processo di *deistituzionalizzazione* oggi, secondo me, nel campo sanitario passa attraverso un rischioso percorso. Il percorso in cui attualmente tutti gli operatori sono in qualche modo fiondati, che possiamo chiamare di *protocolizzazione* dell'operatività. Oggi ormai, ogni operatività viene trasferita in un protocollo, che dice cosa va fatto e dice cosa non va fatto.

La questione vera è che oggi noi viviamo di protocolli e vi 'aderiamo', ci adeguiamo ai protocolli, invece di adeguare i protocolli al nostro sguardo, alla nostra esperienza clinica, alla nostra esperienza operativa. Il problema vero è che, se tu parli con qualunque infermiere o qualunque medico, lui ti restituisce un protocollo. E questo va bene, perché è bene uscire da pratiche selvagge in cui non si sa che cosa si è chiamati a fare, né si è capaci di dar conto di quello che si fa, né si è trovato un minimo di linguaggio per comparare ciò che io faccio con quello che tu fai, né si è trovato un minimo di modalità per stabilire, appunto, che un certo numero di cose non vanno fatte ed un certo numero di cose, vanno fatte.

Tutto ciò va benissimo. Ed è un passo avanti notevole, rispetto all'arroganza dei medici che pensavano un tempo di dire: "Io so quello che va fatto e non sono tenuto a dire quello che faccio, perché tanto io lo so. E quindi tu infermiere, fa quello che io ti dico, perché io so che cosa è giusto." E la cosa comincia e finisce lì. Grande passo in avanti nella modernizzazione, nella protocolizzazione dei comportamenti, nella definizione di percorsi e nella costruzione di evidenze di ciò che va fatto e di ciò che non va fatto.

Non è nuovo, ma è un tragico pericolo che a me sembra di vedere, la trasformazione di ciò che è uno strumento di lavoro, che è un utensile del lavoro, nel lavoro medesimo. Cioè, si trasformano gli utensili, i protocolli, nel lavoro. Sembra che ciascuno di noi sia al servizio di un protocollo, non al servizio di un paziente e che quindi il rispetto del protocollo coincida con il rispetto del paziente, e coincida con



l'obiettivo e con tutto ciò che io devo fare.

E' una fase difficile, però dobbiamo farla finita con una comunicazione che si protocollizza e finisce come tale e dobbiamo recuperare le storie critiche dell'esperienza clinica e di cura che facciamo.

**Cosa vuol dire? Vuol dire, che dobbiamo recuperare la capacità anche di usare un linguaggio che descriva le situazioni che incontriamo nella loro articolazione, nella loro ricchezza; un linguaggio che si faccia carico della storia reale, concreta, materiale, quotidiana del paziente che incontriamo, del suo contesto, della sua famiglia, dei suoi vicini, del suo medico di base e di quant'altro abbia a che fare con lui. E lo dobbiamo fare attraverso quello che è lo strumento principe della nostra comunicazione con il mondo e della nostra conoscenza ed esperienza del mondo, che è il *linguaggio completo* di cui disponiamo; non quel sub-linguaggio, pseudo-demenziale o quasi demenziale che è il linguaggio del protocollo.**

**Il linguaggio nella sua articolazione è conoscenza, è consapevolezza, è arricchimento culturale, è professionalità, mentre la scarnificazione degli 'items' utilizzabili in un protocollo, se non è mero strumento di lavoro, è di per sé stupidificazione.**

**Non possiamo scambiare uno strumento con lo strumento.**

**Non possiamo scambiare la nostra capacità di conoscenza a tutto campo delle questioni, con la riduzione a strumenti informatici, informatizzabili, che hanno altro scopo ed altra utilità. Ed hanno parziale utilità, vera, rispettabile, ma solo se 'parzializzata' e se non vengono assunti a "il" modo della comunicazione.**

**Perché dico questo? Perché il concetto di cura è un concetto intersoggettivo. E' un concetto che chiama in causa me, ma chiama in causa il paziente. E chiama in causa non soltanto il rapporto con un organo malato, su cui io più di tanto non posso fare. Ma, mentre su quell'organo malato non posso fare più di tanto, perché magari è inguaribile, ciò non significa affatto che io abbia esaurito i miei compiti di cura per quella persona. Ed allora i miei compiti di cura si giocano sull'intersoggettività, si giocano sulla mia capacità di ridurre il danno che questa persona riceve dal suo essere ammalato. Significa ridurre i rischi che questa persona riceve da ingravescenze frenabili nella sua malattia, significa ridurre i danni sociali che la sua malattia produce, significa**

non raddoppiare con istituzioni nocive i danni che la malattia produce a costui. E tutto ciò indica un campo vastissimo d'intervento a forte valenza terapeutica, ad alta efficacia in termini terapeutici, che non ha a che fare con la guarigione, ma ha a che fare eccome con migliori prognosi, con più lunga durata della vita, con migliore qualità della vita.

Questioni che fanno parte ormai dei nostri obiettivi sanitari, che non possono essere espulse, espunte dai nostri obiettivi sanitari.

Se allora l'intersoggettività diventa fondamentale - perché soltanto attraverso la valorizzazione delle risorse che *lui*, il paziente, ha io esercito il mio ruolo di terapeuta vero -, se quest'intersoggettività è fondante - perché è il luogo dove pescare nuove risorse per migliorare la prognosi e migliorare tutto quanto dicevamo - bene, allora il linguaggio diventa fondamentale.

Il linguaggio, che sia il linguaggio nostro del corpo, che sia il linguaggio verbale, che sia il linguaggio conoscitivo, che sia il linguaggio interattivo, dev'essere comunque linguaggio capace di scatenare un'intersoggettività: uno strumento di lavoro, tra me e lui ed il contesto più allargato. E quindi non può essere ridotto a comunicazione scarna e protocollare, che potrebbe avere qualcosa a che fare con i processi d'induzione della guarigione, ma ma i ha nulla a che fare con i processi di costruzione di percorsi di cura in senso complesso.

Ed ecco un'altra questione che si apre. Oltre la questione dell'intersoggettività, si apre la questione del collettivo di lavoro, dell'équipe di lavoro. Si apre la questione del fatto che ben raramente io posso trovare le energie e le consapevolezze per un processo di cura nella mia professione individuale.

Molto di più le posso trovare nell'energia di un team di lavoro, di un'équipe, di un gruppo, di un servizio, nell'energia articolata ed in qualche modo in questo passaggio tra l'uno e l'altro anche di risorse, nell'enorme difficoltà ed anche nell'enorme rischio che si assume quando ci si arroga il tema della cura.

Un enorme rischio per cui ho bisogno di un bacino di energie, ho bisogno di risorse. Non si può curare senza risorse. E queste risorse sono risorse umane, sono risorse di professionalità, di quantità, di saperi e sono risorse di

squadra.

E qui si apre un altro campo, sempre tolto dal sapere sanitario: queste sono spesso risorse di carattere affettivo, non facilmente razionalizzabili, risorse riferite al mondo delle motivazioni che stanno dentro all'operare, al mondo dei valori che vengono messi in gioco, quali che siano, risorse riferite al mondo delle emozioni, che in qualche modo vengono messe in gioco.

Tutte cose che c'è stato detto devono uscire dal campo delle professionalità sanitarie e che sono degli elementi spuri, da cui bisogna liberarsi, se si vuole essere dei buoni professionisti. Ma, professionisti di che? Della guarigione o della cura?

Per essere dei buoni professionisti della guarigione, probabilmente, in effetti, non c'è assolutamente bisogno di tutto questo.

Per essere professionisti della cura, cioè professionisti di una continua ricerca di ciò che può determinare risposte più positive o negazione alle risposte negative, probabilmente – e l'esperienza ce lo dice –, occorre ri-alimentare continuamente un bacino di energie intellettuali, un bacino di energie motivazionali, che non possono prescindere da una dimensione affettiva del lavoro terapeutico, del lavoro sanitario.

E qui, ovviamente, si aprono infinite questioni.

Nello stesso tempo c'è un'altra dimensione, che è quella della modificazione organizzativa delle situazioni. Io non posso immaginarmi di curare una persona a casa sua se, nel frattempo, il medico di medicina generale competente pensa che non la si possa curare a casa sua, o pensa che non ha tempo, che non gli fa comodo curare questa persona a casa sua, oppure che per lui è troppo disturbante andare a casa della persona. Da qui, la necessità che, comunque sia, questo prendersi cura o questo 'curarsi di' si colleghi con una graduale, progressiva modificazione dell'organizzazione sanitaria che supporti, sostenga, renda reale, virtuosa, plausibile la logica del prendersi cura, la logica dell'occuparsi di, la logica di curare.

Ma, come faccio io a modificare l'organizzazione sanitaria? Come faccio io ad indurre il medico di medicina generale ad avere un altro modo di relazionarsi? Come faccio io, in modo che la mia amministrazione sostenga in

**altro modo il processo? Come faccio?**

**Questo 'come faccio io?' è un qualcosa a cui dovete cercare di rispondere anche voi, a cui dobbiamo insieme cercare di rispondere.**

(Segue dibattito: non sbobinato)