

**P**sicologi contro filosofi: è l'ultima novità nell'ambito dei conflitti tra le professioni. Motivo del contendere è chi sia legittimato a occuparsi della salute psichica delle persone. Di recente tra i filosofi va di moda proporre l'offerta di "counselling" filosofico; non gratuito, s'intende, ma come prestazione professionale. È avvenuto che degli psicologi abbiano denunciato i filosofi che hanno messo la loro saggezza in vendita, per esercizio abusivo della professione di psicoterapeuta. Non si può fare a meno di ricordare eventi analoghi, con altri protagonisti: prima che, appena un decennio fa, fosse costituito l'ordine degli psicologi e regolamentata la loro professione, ci sono stati psicologi che sono stati denunciati per esercizio abusivo dell'arte medica. Il sillogismo sotteso era semplice: se qualcuno pretende di guarire, entra illegittimamente in un territorio – quello del medico – per il quale è richiesta un'autorizzazione specifica, dal momento che i medici detengono in regime di monopolio la facoltà di somministrare cure.

Gli psicologi, vittime di ieri, hanno assunto, a loro volta, il ruolo di persecutori? C'è spazio per un'interpretazione meno schematica della vicenda. Vi possiamo leggere anzitutto la complessità dell'atto terapeutico. La religione prima e poi la scienza (o meglio le scienze: le scienze della natura e le scienze umane) hanno messo a fuoco, isolatamente, degli aspetti che fanno parte di un tutto inscindibile. L'unità della terapia è stata suddivisa in ambiti specifici e in competenze; le professioni hanno strutturato percorsi che abilitano all'esercizio; l'organizzazione sociale ha creato meccanismi di legittimazione e assegnato competenze esclusive. La "Donna Mimma" della novella di Pirandello, evocata in questo numero di *Janus* da una rivisitazione letteraria, ha dovuto sperimentarlo a proprie spese: per essere una professionista che aiuta a venire al mondo i bambini la buona volontà e il cuore grande non bastano, così come è insufficiente il saper fare tramandato; è necessario un percorso formale, sanzionato da un diploma di scuola, che comporta permessi e autorizzazioni. Il denso nucleo di ogni processo terapeutico, che comprende il curare e il prendersi cura, richiede competenze specifiche, affidate a un duplice controllo: da parte della società e a opera dei professionisti stessi. L'aspirazione attuale delle professioni sanitarie, che fino a ieri erano ausiliarie dei medici e stavano chiuse nelle gabbie dei loro mansionari, a costituirsi come ordini, va letta in questa chiave. I professionisti intendono assumere un ruolo attivo di garanzia presso i cittadini mediante la valutazione delle competenze e assicurando il rispetto della deontologia professionale: lo annunciavano, con grande rilievo, mediante un'inserzione a pagamento nei principali quotidiani, nell'agosto scorso, le professioni sanitarie che non si vedono ancora riconosciuto questo diritto.

La contesa tra psicologi e filosofi sulla competenza di una cura che non usa farmaci, ma parole e significati, porta alla luce anche un altro aspetto: la complessità genera conflittualità. Non è un fatto nuovo. Man mano che le professioni si rendono autonome e rimettono in discussione il paradigma della subordinazione – quello rappresentato, in modo emblematico, dagli infermieri qualificati come "paramedici" – le tensioni aumentano. L'irritazione di Donna Mimma nei confronti della Piemontesa è ben poca cosa rispetto alle tensioni che attraversano oggi i corpi professionali in crescita. La "dominanza medica" è rimessa in discussione; ma anche i rapporti tra le professioni non mediche diventano diffi-

cili. Riaffiora insistentemente l'inclinazione a declinare i rapporti in modo gerarchico, così che chi era "sotto", man mano che sale nella scala del potere, trova qualcun altro da mettere in posizione subordinata. Più insidiose degli scontri aperti sono le strategie di chiusura reciproca in territori autonomi, che cercano di ignorarsi reciprocamente. Questi comportamenti finiscono col produrre un isolamento del malato nei meandri di un'organizzazione sanitaria che sente estranea ai suoi bisogni, funzionale solo ai professionisti.

La vera innovazione in sanità non consiste nell'accesso delle nuove professioni a ruoli di maggiore visibilità, con gli aggiustamenti conseguenti tra coloro che devono cedere un po' del potere tradizionalmente loro riconosciuto e coloro che al potere accedono. La vera partita è quella che ha luogo tra il corpo professionale e i cittadini che ricorrono ai loro servizi. Con termine molto sintetico ed evocativo, si tratta dell'*empowerment* del paziente, del suo diritto all'informazione e alla partecipazione ai processi decisionali, dell'uscita dalla "minorità" dovuta solo a uno stato psicologico di soggezione. Questo nuovo scenario è quello più consono alle malattie del nostro tempo, con prevalenza di patologie croniche e degenerative. Nei percorsi che sempre più spesso attraversano lunghi segmenti temporali della vita dei malati, nonché delle loro famiglie, la medicina per lo più non risolve le patologie, assicurando la *restitutio ad integrum*. Deve misurarsi con i valori e le preferenze che variano da persona a persona (e possono anche cambiare, per la stessa persona, con l'evoluzione dello stato morboso). È un cammino che va inventato insieme, perché non esiste un percorso standard, stabilito unilateralmente dal terapeuta, che vada bene per tutti.

Questo cambiamento culturale di fondo del contesto clinico rende anacronistica ogni disputa tra professioni sanitarie maggiori o minori, dominanti o dominate. È del tutto inadeguata anche la distinzione tra professioni mediche e non mediche, quasi che queste ultime potessero essere definite per negazione, invece che per la positiva affermazione dei loro contenuti. Se ci si confronta con il bisogno del malato di partecipare attivamente al processo di cura, le gerarchie che il mondo sanitario conosce e pratica vengono scompagnate. Sono la cura e la relativa vicinanza con il malato che determinano il profilo di una professione e la sua funzionalità nel processo globale. Nella Carta di Firenze ([http://www.istitutotumori.mi.it/int/carta\\_di\\_firenze.pdf](http://www.istitutotumori.mi.it/int/carta_di_firenze.pdf)), redatta da un gruppo di professionisti preoccupati di disegnare la fisionomia della medicina per i nostri tempi, ciò si traduce nella centralità dell'informazione, che determina l'effettivo potere da condividere: «la corretta informazione contribuisce a garantire la relazione, ad assicurarne la continuità ed è elemento indispensabile per l'autonomia delle scelte del paziente»; «il tempo dedicato alla relazione è tempo di cura»; «a comunicazione multidisciplinare fra tutti i professionisti della sanità è efficace quando fornisce un'informazione coerente e univoca. I dati clinici e l'informazione relativa alla diagnosi, alla prognosi e alla fase della malattia del paziente devono circolare tra tutti i curanti». Questi punti programmatici sono altrettante indicazioni di un rapporto nuovo che dobbiamo inventare tra i professionisti sanitari, se vogliamo che gli appelli alla centralità del paziente non diventino frasi trasudanti retorica e destinate a provocare un rifiuto per allergia.

Figlie di un dio minore, le professioni sanitarie non mediche? Se è Cura a indicare il percorso, e non la guarigione e neppure la terapia, dobbiamo con coerenza rifiutare subordinazioni gerarchiche, favorendo una salutare anarchia che dia corpo all'integrazione tra i processi di cura. La scelta migliore resta la ricetta che Arundhati Roy attribuisce ai personaggi positivi del suo non dimenticato romanzo: quello di aggrapparsi alle piccole cose; perché «le grandi cose stavano acquattate dentro» (A. Roy: *Il dio delle piccole cose*, Guanda 1997, p. 355). Vale anche per la medicina e per le relazioni di cura, così come per la vita *tout court*: le grandi cose ci vengono come dono, quando tutta la nostra tensione morale è rivolta a non disdegnare quelle piccole. ■

**Sandro Spinsanti**

